Opłata pocztowa uiszczona ryczałtem.

№ 2. *Warszawa, Luty 1927 r.* Rok XXIII.

PRZEGLĄD FELCZERSKI

OFICJALNY ORGAN CENTR. ZWIĄZKU FELCZERÓW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ.

Walka z chorobami zakaźnemi w Polsce.

W zamiarze poinformowania Czytelników o walce z chorobami zakaźnemi udał się nasz współpracownik do Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych. Łaskawych informacyj udziela dr. Henryk Palester.

— W jaki sposób Departament Służby Zdrowia Min. S. Wewn. walczy z chorobami zakaźnemi? — pytamy.

— Departament Służby Zdrowia M. S. Wewn. prowadzi walkę z chorobami zakaźnemi na podstawie ustawy z d. 25 lipca 1919 r. w sprawie zwalczania chorób zakaźnych oraz innych chorób, występujących nagminnie i na podstawie rozporządzeń, instrukcyj i przepisów, wydanych na zasadzie wyżej wymienionej ustawy.

Nad wykonaniem ustawy w poszczególnych województwach Min. Spraw Wewn. (Dep. V Sł. Zdr.) ma stałą kontrolę, żądając od województw sprawozdań o chorobach zakaźnych w razie większego nasilenia.

W ciągu ostatnich lat propaguje się usilnie akcję szczepień zapobiegawczych przeciwko chorobom zakaźnym, jak dur brzuszny, czerwonka i płonica. W 1925 r. zaszczepiono przeciwko durowi brzusznemu 43.374 osób, przeciwko czerwonce 5.781 osób i przeciwko płonicy 117.669 osób, a więc dziewięciokrotnie więcej niż w 1924 r. Zapotrzebowania na szczepionki zapobiegawcze starostwa kierują bezpośrednio do Min. Spraw Wewn. (Dep. V Sł. Zdr.) i otrzymują szczepionki te bezpłatnie. Szczepienia organizują poszczególne starostwa, jednocześnie Dep. V Sł. Zdr. powołuje do życia w miarę potrzeby państwowe kolumny przeciwpłonicze, które dokonywują szczepień na terenach najbardziej zagrożonych epidemją płonicy.

Walkę z jaglicą Min. Spr. Wewn. (Dep. V Sł. Zdr.) prowadzi drogą rejestracji przypadków jaglicy w zakładach opiekuńczych dla dzieci, w wojsku i rejestracji ogólnej, przez organizowanie zakładów leczniczo-wychowawczych dla dzieci jagliczych celem wyeliminowania dzieci chorych, jako źródło zakażenia, w zakładach opiekuńczych, przez organizowanie przychodni przeciw jagliczych, i szkolenia personelu lekarskiego w rozpoznawaniu i leczeniu jaglicy. Akcja w tym kierunku, hamowana jedynie ramami budżetu, zmierza w szybkiem tempie naprzód.

Od kwietnia 1925 r. szczepienia osób, pokąsanych przez zwierzęta wściekłe lub podejrzane o wściekliznę, dokonywane są na miejscu na terenie poszczególnych powiatów nową szczepionką karbolizowaną, co ogromnie ułatwia akcję leczniczą w porównaniu z okresem lat poprzednich, kiedy osoby pokąsane odsyłane były do nielicznych zakładów Pasteurowskich, znajdujących się na terenie Rzeczypospolitej (Warszawa, Lwów, Wilno).

— Które choroby zakaźne wymagają największej czujności ze względu na swą częstotliwość?

— Dur brzuszny, czerwonka, płonica.

— O ile są prawdziwe wersje o epidemji grypy w Polsce?

— Grypa szerzy się obecnie w zachodniej Europie z zastraszającą intensywnością i daje dość wielki stosunkowo odsetek śmiertelności. Powikłania tej choroby, szczególnie ze strony płuc, nadają jej cechy choroby ciężkiej, obłożnej. Ponieważ grypa występuje przeważnie nie jako choroba epidemiczna w jednym tylko kraju, a przybiera zwykle charakter pandemji t. j. szerzy się jednocześnie w różnych krajach, łatwo przenosząc się coraz to gdzieindziej, dziś grypa przedstawia się dość groźnie (zwłaszcza w Hiszpanji, Francji, Niemczech, krajach skandynawskich i Holandji). Zachodzi zatem możliwość zaniesienia do Polski epidemji tej choroby, która dotychczas jeszcze nie przybrała u nas groźnej fali. Departament Sł. Zdr. M. S. Wewn. już przygotowuje akcję zapobiegawczą; niestety, środki zapobiegawcze przeciw tej chorobie są bardzo szczupłe i sprowadzają się przeważnie do uświadamiania ludności o potrzebie zwalczania tej choroby w początkowym jej okresie. Konferencja pod przewodnictwem dyrektora Dep. V Sł. Zdr. w składzie dyrektorów klinik, naczelnych lekarzy szpitali oraz przedstawicieli Depart. i Państw. Zakładu Hygjeny — zdecydowała, że nie posiadamy dotychczas szczegółowych danych o szerzeniu się grypy w Polsce i że liczby, podawane w prasie codziennej, są dowolne. Dotychczas choroba ta nie daje zbyt wielkiego nasilenia u nas, ani też częstych powikłań. Postanowiono zatem zarządzić obowiązkową rejestrację zasłabnięć na grypę, wówczas będzie można zwrócić szczególną uwagę na ogniska jej większego nasilenia.

— Co stoi na przeszkodzie, by walka z epidemjami była bardziej skuteczna?

— Brak funduszów na rozwinięcie akcji, mającej na celu podniesienie ogólnego poziomu sanitarnego Rzeczypospolitej (wodociągi, kanalizacje, racjonalna budowa studzien, usuwanie nieczystości i t. p.), co, podnosząc ogólną zdrowotność, jednocześnie w znacznym stopniu wpływa na zmniejszenie nasilenia chorób zakaźnych. Także brak funduszów na walkę wyłącznie z chorobami zakaźnemi: a więc na tworzenie szpitali względnie oddziałów dla chorych zakaźnych, zakładów kąpielowo - dezynfekcyjnych, organizowanie kolumn dezynfekcyjnych, rozszerzenie akcji szczepień zapobiegawczych. Według wykazu z 1925 r. na terenie Rzeczypospolitej na ogólną liczbę 270 powiatów brak było oddziałów dla chorych zakaźnych w 40 powiatach i szpitali wogóle w 41 powiatach.

— A jakie dzielnice Rzeczypospolitej ujawniają największą odporność na choroby zakaźne?

— Oczywiście, Wielkopolska i Pomorze. Walka z chorobami jest tam łatwiejszą, niż w innych dzielnicach Rzeczypospolitej, ze względu na wysoki poziom ogólnego stanu sanitarnego. Według wykazu na rok 1925 Pomorze zajmuje drugie miejsce po Warszawie co do liczby łóżek dla chorych zakaźnych, a Wielkopolska trzecie miejsce. W 1925 r. przy ogólnej zapadalności na terenie Rzeczypospolitej na dur brzuszny, wynoszącej 60 na 100,000 mieszkańców — zapadalność na Pomorzu wynosiła 46 (10-te miejsce w porządku zstępującym na 17 województw), w Wielkopolsce — 27,4 (14 miejsce); przy ogólnej zapadalności na czerwonkę — 39, Wielkopolska 21, a Pomorze tylko 6,9; przy ogólnej natomiast zapadalności na płonicę, wynoszącej 67, Pomorze dosięgło 168 (2-gie miejsce) i Wielkopolska 102 (7-me miejsce). W związku ze znacznem nasileniem epidemji płonicy na Pomorzu, wydelegowana była przez Min. Spraw Wewn. (Dep. V Sł. Zdr.) państwowa kolumna przeciwpłonicza, która przeprowadzała szczepienia w powiatach najbardziej zagrożonych, głównie na terenie powiatu Brodnickiego.

— Czy p. doktór byłby łaskaw dać wyraz przewidywaniom odnośnie do możliwości grasowania w Polsce chorób zakaźnych?

— Ze względu na niedostateczne uświadomienie różnych warstw społeczeństwa naszego o potrzebie przestrzegania czystości ciała — to z jednej strony — oraz ze względu na brak środków finansowych na cele propagandy i na urządzenie sieci kąpielisk ludowych, dostępnych dla szerszych warstw ludności — to z drugiej strony — w Polsce stworzyły się takie warunki, że dur plamisty, który w krajach kulturalnych zachodniej Europy sprowadza się do zaniku, u nas zupełnego wytępienia duru osutkowego (plamistego) nie daje się osiągnąć.

Polska, szczególnie na swoich rubieżach wschodnich, posiada endemiczne ogniska tej choroby. System zwalczania duru plamistego przez Departament Służby Zdrowia nie uległ zmianie w r. b., tylko dzięki większemu doświadczeniu oraz planowości, walka z durem plamistym nabrała pewnej spręż-

żystości. Na dowód tego służyć mogą dane liczbowe zasłabnięć i zgonów na tę chorobę. Wówczas, gdy w 1923 r. zarejestrowano 11,185 przypadków zasłabnięć, a w 1924 r. — 7,706 zasłabnięć (w tem 666 zgonów), już w 1925 r. zarejestrowano tylko 4,196 zasłabnięć (w tem 338 zgonów), zaś w 1926 r. liczba zasłabnięć nie przekroczyła nawet 3,600 zachorowań.

Dzieje się to i dzięki temu, że Dep. V Sł. Zdr. na podstawie ustawy o Urzędzie Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarza do spraw walki z epidemjami posiada dotychczas pełnię praw administracyjnych przy zwalczaniu chorób zakaźnych, brak wszakże dostatecznych kredytów stoi na przeszkodzie szerszemu rozwinięciu działania w sensie tworzenia niezbędnych inwestycyj w dziale kąpielnictwa ludowego. Jednak staraniem tegoż Departamentu na rok 1926/7 uzyskano zwiększone kredyty na walkę z durem plamistym i powrotnym, to też przystąpiono niezwłocznie do opracowania planu walki na 1927 rok, opartej na zestawieniach endemicznych ognisk duru osutkowego i powrotnego ze specjalnem uwzględnieniem środków posiadanych, jako to: aparatów dezynfekcyjnych, oddziałów zakaźnych przy każdym prawie szpitalu powszechnym oraz kąpielisk ludowych. Ogólna liczba aparatów, nadających się do dezynfekcji mieszkań i mienia osób, dotkniętych chorobą zakaźną, dosięga poważnej cyfry 1,420, w tem 638 aparatów rządowych, reszta komunalnych. Notabene remont nieczynnych aparatów, tak rządowych jak i komunalnych, odbywa się przeważnie na koszt państwa.

Chcąc szczegółowo rejestrować przypadki każdego zasłabnięcia na dur osutkowy, prócz dawniej stosowanej rejestracji drogą wykazów tygodniowych, przesyłanych przez lekarzy powiatowych, od r. 1926 rozesłane zostały specjalne schematy doniesień oraz wywiadów o durze plamistym i powrotnym. Druki te polecono wypełniać lekarzom, kurującym chorego, i odsyłać bezpośrednio do M. S. Wewn. (Dep. V Sł. Zdr.).

Celem wzmożenia akcji czynnej zwalczania tej choroby na podstawie nowoczesnych prac naukowych, tudzież celem przeprowadzenia badań nad wszawicą w szkołach oraz propagandy przeciw tejże — zorganizowane zostały specjalne przeciwdurowe kolumny w liczbie pięciu, które z bardzo dobrym skutkiem pracuje na terenach, zagrożonych przez tyfus plamisty.

(W.)

Kilka słów o grypie*).

Ponieważ prasa codzienna (polityczno-społeczna) umieszcza w ostatnich czasach wiadomości o pojawiającej się tu i owdzie epidemji grypy (influenzy, hiszpanki) oraz o dość licznych wypadkach w Polsce (Kraków, Warszawa), przeto uważamy za wskazane przypomnieć kolegom, którzy

*) W artykule powyższym kol. Krzymowski pisze tylko o dwoinkach typu Fraenkla, zapominając, że jak przy płonicy może być zakażenie mieszane (gronkowce i inne) tak również i przy grypie spotykają badacze drobnoustroje różnych typów. Redakcja.

pracują na samodzielnych posterunkach na prowincji, gdzie niema lekarzy i zmuszonych siłą warunków do udzielania wszelakiego rodzaju pomocy przy zachorowaniach — o charakterze choroby zwanej grypą.

Grypa może panować epidemicznie, t. j. zajmować pewną część kraju lub pandemicznie — zajmując całą część kraju, jak w danym wypadku — Polsce.

Przyczyną choroby są zakażenia dwoinkami typu Fraenkla — według ostatnich przypuszczeń.

Grypa może przebiegać łagodnie mimo wysokiej temperatury, 40^{0} i kończy się po trzech dniach — lub złośliwie, przy temperaturze względnie nie wysokiej, bo nie dochodzącej nieraz ko 38^{0}.

Grypa, jak dotychczas, panowała w Polsce najczęściej na jesieni; na wiosnę—dwa czy trzy razy tylko; szaruga i dnie pochmurne w jesieni lub na początku zimy zdają się sprzyjać zachorzeniom.

Początkowe objawy grypy: upadek sił, łaknienia, temperatura 38^{0} do 40^{0}, „łamanie" w kościach, zajęcie górnych odcinków dróg oddechowych, często z anginą. O ile wypadek przebiega łagodnie, to po dwuch lub trzech dniach sprawa się kończy pomyślnie. W wypadkach zaś ciężkich, piorunujących, stan chorego przedstawia się odrazu poważnie, bezwład ogólny, niedomoga serca, krwotoki, duszność i t. p.

Stan taki wskazuje bądź na zakażenie ogólniejsze, bądź na zajęcie płuc: jednej lub obu stron, które przebiega często przewlekle i nawet może doprowadzić do gruźlicy płuc. Oprócz dość częstego zapalenia płuc w połączeniu z grypą lub nawet zapalenia, które zdawałoby się że jest przygrypowe lecz bez objawów właściwych grypie, to spotykać się dają wypadki zapalenia błon surowiczych, szczególniej wsierdzia, zapalenia opon mózgowych a nawet mózgu. Takie ogólne zatrucia ustroju mogą nawet wywołać odnowienie się dawnych ran, jak to miałem raz sposobność zaobserwować: wezwany do chorego na opatrunek skonstantowałem rany w pachwinych po bubonach, na które chory cierpiał przed laty dziesięciu. Z wywiadu dowiedziałem się, że chory przed trzema dniami dostał gorączki, ogólnego osłabienia i przypuszczając influenzę wziął proszek aspiryny. Po dwóch dniach zauważył z rana, po źle przespanej nocy, owrzodzenia obydwuch blizn po przebytych bubonach wobec czego mnie wezwano. Zmierzywszy temperaturę okazało się, że ma 38 stopni. Nie mogąc sobie zdać sprawy z czem mam doczynienia poleciłem wezwać lekarza lekarza-internistę (sam wewnętrznymi chorobami się nie zajmuję), ograniczywszy się do nałożenia opatrunku wilgotnego z Burowa. Lekarz-internista skonstatował influenzę, czyli grypę, a otworzenie się dawnych blizn zaliczył do charakteru posocznicowego czyli przygrypowego. Po 5 dniach i 2-ch opatrunkach chory wyzdrowiał jak z ran tak również i z grypy przy miksturze salicylowo-ipekakuanowej. Powyższy wypadek dowodzi, że

u słabego człowieka jedna choroba może wywołać drugą, w myśl przysłowia, że „gdzie słabo, tam się rwie“...

Grypę można przechodzić kilkakrotnie, czyli w każdej epidemji.

Praktykuję lat 52 (mam 72 lata), o grypie słyszę i spotykam się od lat 30-u — pracowałem 23 lata w spitalach i zdawało mi się, że wszstkie choroby znam, jak również ich objawy, tymczasem obecnie przekonałem się, że wiele chorób jest nowych, (lub były mylnie rozpoznawane), że ludzie dziś są naogół słabsi i że epidemje grypy są dziś dużo inne, z powikłaniami, o których poprzednio się nie słyszało ani nie obserwowało.

O terapji grypy nic nie piszę: raz dlatego że to nie leży w założeniu uprzedniego artykułu, a powtóre, że jako felczer chirurgiczny, mam o chorobach wewnętrznych pojęcie ogólne tylko, wystarcza mi, że wyróżniczkuję infekcyjną od nieinfekcyjnej, a zakażenie ran i przyranne zwalczam nie aspirynami...

J. Krzymowski (Będzin).

Djagnostyka chorób wewnętrznych.

WSTĘP

podał dr. med. Kazimierz Szokalski.

Postawienie djagnozy jest wynikiem złożonych operacji logicznych, wyprowadzonych przez lekarza na podstawie danych anamnestycznych i badania objektywnego. Należy krytycznie zważyć dane badania, osądzić i ocenić każdy stwierdzony fakt, kunsztownie usystematyzować cały materjał i na podstawie zdobytych danych stawiać rozpoznanie.

Poznanie procesów chorobowych, zachodzących w organizmie i postawienie rozpoznania choroby powstaje dzięki przeprowadzeniu wywiadów (anamnesis), objektywnego badania zarówno sfery fizycznej chorego, jak i psychicznej, analizy danych anamnezy i objektywnego badania, wreszcie wyprowadzenia wniosków.

Zadaniem wywiadów jest przedewszystkiem zwrócenie szczególnej uwagi na określone punkty, które stają się podstawowemi przy dalszem badaniu; te podstawowe punkty nieraz pozwalają nam znacznie skrócić czas badania. Dlatego też wywiady poprzedzają badanie objektywne.

Dla poznania choroby należy poznać objawy jej. Pomiędzy niemi należy rozróżniać te, które chory sam lub jego otoczenie może wyjawić lekarzowi, następnie te, które lekarz widzi, następnie te, których lekarz nie widzi, które jednak inne zmysły mogą mu wykryć, te, które lekarz może wywołać, wreszcie te, które mu wykrywają badania, wykonane poza chorym, zwłaszcza badanie laboratoryjne.

Pierwszą rzeczą, jaką wykonywa lekarz, jest więc wypytywanie chorego i, jeżeli chory nie jest w stanie udzielania wyjaśnień, tych, którzy go otaczają.

Notujemy przedewszystkiem sprawy personalne chorego: wiek, stan, narodowość (gruźlica u żydów występuje rzadziej, choroby nerwowe częściej niż u chrześcijan), miejsce urodzenia, zamieszkiwanie chorego, zawód.

Nie jest bezwartościowem wiedzieć, ile lat ma chory; wiadomo bowiem, że niektóre choroby występują najczęściej w określonym wieku.

Jeżeli badany osobnik w wieku powyżej 40 lat miewa zaburzenia organów trawiennych żołądkowych lub kiszkowych z objawami wyniszczenia wciąż wzrastajacego, mamy prawo stawiania przypuszczeń nowotworu.

Można również myśleć o raku, jeżeli osobnik miewający dawniej zaburzenia dyspeptyczne od dłuższego czasu, poczuł znaczne wzmożenie tych objawów.

Niedowład połowiczny, występujący w wieku przed 40 rokiem życia, każe myśleć o pochodzeniu syfilitycznem choroby na tle embolji.

Jeżeli osobnik młody dostanie napadu duszności, można myśleć o astmie; jeżeli duszność wystąpi w wieku starszym — po 40 latach życia — należy brać pod uwagę możliwość zatrucia mocznicowego lub zaburzeń ze strony serca.

Miejsce urodzenia i pobytu chorego przed wystąpieniem choroby dać może też cenne wyjaśnienia. Są miejscowości, gdzie pewne choroby grasują endemicznie (śpiączka afrykańska, zimnica w miejscowościach bagnistych, czerwonka amebowa w krajach podbiegunowych etc.). Sam obserwowałem u nas w kraju przypadek uporczywej biegunki amebowej u chorej, która przyjechała z południowej Ameryki.

Zajęcia i zawody mogą być powodem powstawania niektórych chorób: u malarzy zdarzają się przypadki zatrucia ołowiem, u tragarzy—przemęczenie serca, u trębaczy — rozedma płuc, u młynarzy, zecerów i kamieniarzy — nieżyty dróg oddechowych.

Niewątpliwie ważnem jest wiedzieć, jakie choroby, jakie wady mogą być przekazane choremu dziedzicznie, następnie, jaka jest przeszłość patologiczna samego chorego. Wszystkim wiadomem jest, jak silnem jest przekazywanie dziedziczne usposobienia do gruźlicy, raka, chorób nerwowych i umysłowych oraz chorób przemiany materji (cukrzyca, kamienie żółciowe i t. d.) Sprawa dziedziczenia przymiotu, skazy artrytycznej i krwotocznej musi też być brana pod uwagę przy zbieraniu wywiadów.

Obciążenie rodzinne jest szczególnie ważne przy rozpatrywaniu gruźlicy i chorób nerwowych. W odczycie, wygłoszonym na zjeździe internistów polskich w Wilnie w 1923 r. wykazałem u 35,8% zbadanych przezemnie 1840 chorych gruźlicę rodzinną.

O każdym bez wyjątku chorym należy wiedzieć, czy nie chorował na przymiot, wobec wielkiego znaczenia tego cierpienia w patalogji prawie wszystkich chorób wewnętrznych. Chorzy często starają się ukryć przed lekarzem przebyty syfilis lub mogą nie wiedzieć, że nań chorowali. Dlatego też należy zadać choremu szereg pytań, dotyczących różnych typowych przejawów tej choroby (charakterystyczne umiejscowienie wysypek skórnych, condylomata circa anum, nocne bóle głowy, poronienie wypadkowe u kobiet etc.)

Lekarz powinien wiedzieć, jak zaczęła się choroba, co ją poprzedzało. Są chorzy, którzy oszukują bezwiednie lekarza, wyolbrzymiając np. swe bóle i swe zaburzenia czynnościowe; są i tacy, którzy czują wstręt do opowiadania o swych cierpieniach, czy to przez wstydliwość, miłość własną, czy też dla jakichś niewiadomych celów zachowując tajemnicę o ważnych wypadkach swej przeszłości, o okolicznościach, w jakich rozpoczęła się choroba. Inni znów, zwłaszcza dzieci, nie umieją sprecyzować umiejscowienia cierpienia, intensywności bólów. Przebyte choroby i nałogi mogą poniekąd tłomaczyć niektóre istniejące u chorego objawy: np. szkarlatyna prowadzi często do ostrego, rzadziej chronicznego zapalenia nerek, gościec stawowy —do zapalenia wsierdzia (zmiany zastawkowe), rzeżączka — do wiewiórowego zapalenia stawów w międzyczasie od 3 — 6 tygodni zakażenia rzeżączkowego, przewlekłe nieżyty oskrzeli i astma — do volumen pulmonum acutum, do rozedny; alkoholizm — do marskości wątroby, osłabienia czynności serca, stanu zapalnego nerwów (neuritis multiplex) lub chronicznego zapalenia nerek; alkoholizm też modyfikuje przebieg ostrych chorób gorączkowych: wywołuje u pneumowika delirium, powoduje często żółtaczkę, powikłania oponowe.[1] Palenie nadmierne tytoniu może wywoływać nerwicę serca, brak apetytu, nerwicę żołądka i kiszek.

Niektóre choroby wywołują w organizmie odporność (ospa, odra, szkarlatyna), inne wytwarzają skłonność do powtórnych zachorowań — zapalenie wyrostka robaczkowego, kamienie żółciowe i t. d,; niektóre choroby przebiegają okresowo—psychoza cykliczna.

Choroby przebyte mogą modyfikować objawy i ewolucję danej choroby zarówno jak i pognozę. Cukrzyca nadaje gruźlicy przebieg swoisty: apyreksję, nieobliczalny postęp choroby; rozedma maskuje gruźlicę, malarja udziela charakteru powrotnego niektórym gorączkom. Teren neuropatyczny modyfikuje też dosadnie obraz wielu chorób: w przebiegu banalnego nieżytu oskrzelowego może powstawać u wielkiego nerwowca dyspnoë, nie odpowiadające procesowi chorobowemu w oskrzelach i zdolne pokierować rozpoznanie na błędne tory, wywołać niesłuszne obawy kongestji płuc, pneumonji; sam obserwowałem na oddziale szpitalnym dr. Dunina u chorego podczas ostrego przebiegu zapalenia włóknikowego płuc napad histeryczny, symulujący stan agonji.

Teren nerwowy bywa bodźcem do konwulsji u dzieci, często z okazji przyczyny banalnej: odra, angina z dużą gorączką etc.

Opowiadanie chorego może dać nam cenne wskazówki co do stanu inteligencji chorego, stanu jego psychiki etc.

Chory często odbiega od przedmiotu, czasem podkreśla objawy drugo lub trzeciorzędne; np.: zawezwany do chorej, skarżącej się na bóle w brzuchu, stwierdziłem u niej płatowe zapalenie płuca. Zdarza się, że tabetyk zwraca się do lekarza ze skargami na bóle w żołądku, które w istocie są tylko objawami choroby rdzenia (crises gastriques); chory na cukrzycę zasięga porady li tylko z powodu bólu neuralgicznego lub częstego powstawania na ciele czyraków — drugorzędnych objawów w tej chorobie.

Ważnem jest ustalenie początku choroby i opis przebiegu. Czasem sam już wywiad może dać nam cenne wskazówki przy stawianiu rozpoznania. Np.: chory zeznaje, że choruje od kilku dni, że choroba zaczęła się nagle od silnej gorączki, dreszczów i kłucia w jednej połowie klatki piersiowej; chory kaszle, ma duszność i wypluwa ciągnącą się, rdzawą plwociną. Na podstawie tego opisu odrazu snujemy przypuszczenie, że mamy do czynienia z zapaleniem włóknikowem płuc.

Przy zbieraniu anamnezy należy krytycznie ją rozważać i nie można suggestjonować się w jednym kierunku. Jeżeli np. plucie krwią odrazu nasuwa przypuszczenie gruźlicy, nie należy eliminować z góry i innych przyczyn; astmy oskrzelowej, przymiotu płuc, bąblowca płuc, zatoru płucnego i t. d. (patrz djagnostyka szczegółowa).

Gdy poznamy zespół objawów podmiotowych chorego, czyli pierwszą część t. zw. status praeseus chorego, przechodzimy do drugiej części status praeseus, czyli do zapoznania się z zespołem objawów przedmiotowych. Zaczynamy od inspekcji zewnętrznej chorego.

Oględziny zewnętrzne oddawna są uznawane za bardzo ważny środek pomocniczy dla sądzenia o stanie chorego; pozwalają one same przez się regiestrować znaczną liczbę objawów często bardzo zasadniczych. Zwracamy przedewszystkiem uwagę na budowę osobnika, opóźnienie rozwoju, zaniki lub nadmierny rozrost.

Postawa chorego często wiele nam wyjaśnia. Uważamy przedewszystkiem, czy pacjent chodzi, czy leży w łóżku i z tego wyprowadzamy bardzo ostrożnie wnioski o wiecej lub mniej ciężkim stanie choroby. Osobnik dotknięty ciężką chorobą serca pozostaje prawie stale w pozycji siedzącej w swem łóżku, nie mogąc oddychać w innej pozycji; dziecko dotknięte ostrym procesem oponowym pozostaje w pozycji leżącej z nogami skulonemi „en chien de fusil". Osobliwa pozycja kończyny wskazuje na jej niedowład, złamanie; deformacja pewnych części ciała, wypuklenie brzucha, wystające guzy nowotworowe, nadmierne uwydatnianie gruczołów szyjowych, pachowych, pachwinowych etc. dają niezaprzeczone wskazówki.

Musimy jednak być bardzo ostrożni przy wyprowadzaniu wniosków o stanie choroby, gdy bierzemy pod uwagę pozycję, w jakiej znajduje się chory. Zdarza się, że chorzy na dur brzuszny chodzą, nieraz natomiast bardzo lekko chorzy zwłaszcza nerwowcy kładą się do łóżka i czasem leżą całemi miesiącami, aż orjentujący się w isto-

cie choroby lekarz skłoni ich do wstania. Położenie bierne chorego w łóżku w pozycji zupełnego bezwładu jest objawem ciężkiego schorzenia. Poszczególne kategorje chorych przekładają nad inne pewne określone położenie. Chory na serce wystrzega się leżenia na lewym boku, pozycja taka bowiem wywołuje niepokój, strach i bicie serca; woli on leżeć na prawym boku lub nawznak. Przy utrudnieniu oddechu, duszności (dyspnoë) naskutek zapalenia płuc, opłucnej, odmy płucnej, zastoju w małym krwiobiegu lub hydrops opłucnej chorzy wolą leżeć na wznak w pozycji wyciągniętej (orthopnoë). Przy zaczynającem się włóknikowem zapaleniu płuc i zapaleniu opłucnej leżenie na chorym boku powoduje bóle; dlatego też chorzy wolą leżeć na drugim boku lub nawznak. Z drugiej strony chorzy na płuca bez określonych umiejscowionych bólów, też chorzy z dużą wypociną opłucnową leżą właśnie na chorym boku w celu wykorzystania zdrowego płuca dla wzmożenia oddechu.

Rozpatrując postawę chorego, bierzemy pod uwagę jego wejrzenie. Wejrzenie suchotnicze (habitus phtisicus) cechuje blada uduchowiona twarz z gładką skórą i zaczerwienionemi policzkami, wysmukła szyja, paralityczna klatka piersiowa, wychudłe białe ręce. Habitus apoplecticus cechuje okrągła ciemnoczerwona otyła twarz, oczy wilgotne błyszczące, krótka szyja, beczkowata klatka piersiowa, tłuste ciało, często krótki dychawiczny oddech (habitus emphisematicus).

Habitus neurasthenicus rozróżniamy u osobników z inteligentnym wyrazem twarzy, cierpiącemi oczami, z niespokojnym zachowaniem się, mową szybką porywczą; twarz czasem smutna, grymaśna.

Modyfikacja barwy skóry jest też ważnym czynnikiem rozpoznawczym,

Zaczerwieniona twarz, t. zw. wypieki, napęcznienia twarzy, często pot i błyszczące oczy — są to objawy gorączki.

Nienormalna bladość, kredowo-blade lub woskowo-żółte zabarwienie policzków, bladość warg i śluzówek ocznych są to objawy chorób krwi, zwłaszcza anemji i białaczek. Niedokrwistość może być pierwotną lub wtórną lub rzekomą występującą po silnych krwotokach lub przebiegu pierwotnem ciężkich chorób (gruźlica, rak, skrobiawica —amyloid); anemja istotna (essentialis) opiera się na pierwotnem schorzeniu organów krwiotwórczych i może być rozpoznaną dzięki specjalnemu badaniu krwi (megaloblasty, wzmożona zawartość hemoglobiny). Anemja hemolityczna pociąga za sobą w części przypadków żółtaczkę. Anemja aplastyczna występuje zwykle jako skutek ciężkich postaci niedokrwistości zarówno na tle przewlekłych zakażeń i intoksykacji, jak i krwawień (krwotoki z nosa, hemoroidalne, żołądkowe i t. p. wywołują wytężoną pracę szpiku kostnego i powodują jego wyczerpanie).

Nagłe wystąpienie wybitnej bladości z oznakami zapaści przemawia za krwotokiem wewnętrznym (w żołądku, kiszkach) lub wstrząsem jamy brzusznej (przekrwienie naczyń brzusznych wskutek parezy nerwu trzewnego — nervi splanchnici).

W zaburzeniach przemiany gazowej, w chorobach płuc, w nieskompensowanych chorobach serca, nowotworach śródpiersia, w hyperglobulji vel erythraemji stwierdzamy sinicę skóry i śluzówek, najwidoczniejszą na wargach i paznogciach palców.

Barwa żółta skóry spotyka się w chorobach związanych z wytwarzaniem się i wydzielaniem żółci; zabarwienie przypominające słomę — u rakowatych; skóra pokryta barwnikiem i brunatna bywa w schorzeniach nadnerczy.

Na skórze obserwować możemy wybroczyny kontuzyjne, wysypki przy szkarlatynie, róży, durze plamistym i brzusznym, przymiocie, skazach krwotocznych; pozatem skóra może być pokryta blaszkami pryszczycowemi, owrzodzeniami kiłowemi, gruźliczemi i nowotworowemi, grzybkami, potem et.c.

Wreszcie inspekcja może wykryć zmiany we wnętrzach organów. Oglądamy jamę ustną, gardło, przyciskając język łyżeczką; przy pomocy lusterka w odpowiednim oświe-

tleniu oglądamy górną część krtani, struny głosowe et.c. Wziernik pozwala nam spojrzeć w uszy, w nos, widzieć głębsze części organów rodnych kobiety. Endoskopja pozwala nam przeniknąć wzrokiem przełyk, odbytnicę. Sprąwy chorobowe tchawicy i oskrzeli natury zapalnej, astma, ropnie, zgorzel i bąblowiec płuc dzięki endoskopji tych narządów zostały dokładnie poznane i udostępnione leczeniu miejscowemu.

Dr. Med. K. DĄBROWSKI.

O leczeniu suchot płucnych.

(Ciąg dalszy).

W klinice Sauerbrucha stosowano leczenie dietet przez podawanie obfitych ilości białka, tłuszczu, świeżych jarzyn, owoców, czosnku, cebuli (jako przypraw) djeta ta jednak bywa **bezsolna**; dawano natomiast inne sole w postaci ich mieszaniny, zwanej „mineralogenem" oraz tran z fosforem. Osiągnięto b. dobre wyniki. Leczenie to polega na wstrzymaniu demineralizacji cechującej gruźlicę płuc.

W tem miejscu chciałbym zaznaczyć, że wiara laików w cudowne działanie specjalnie „surowych jaj wypijanych czasem w dużej ilości naczczo, jak również wypijanie dużych ilości mleka — nie ma sensu. I jeszcze jedno, felczerzy powinni walczyć z zabobonną wiarą naszej mniej kulturalnej ludności, w zbawcze działanie ... psiego smalcu".

Ze sztucznych preparatów odżywczych zasługuje na uwagę tran.

Podawanie większej ilości pokarmu, natrafia najczęściej na trudności, gruźlicy bowiem mają apetyt b. marny. Brak łaknienia należy zwalczać krótkimi spacerami, albo odwrotnie leżeniem przed obiadem, ostremi przyprawami, wreszcie sięgnąć do arsenału środków aptecznych (o czem będzie mowa w II części artykułu).

Chorym gorączkującym, którzy źle trawią należy zalecić specjalną dietę. Schemat taki podam według Sew-Sterlinge:

godz.	7	rano	szklanka mleka gorącego lub zimnego
„	8	„	kleik lub kakao, bułka przyrumieniona
„	10	„	2 jajka, mleko
„	12	„	szkl. mleka
„	1	pop.	zupa (sztuka mięsa, kura, cielęc.)
„	3	„	mleko kefir
„	5	„	jajko
„	7	„	kleik, bułka
„	9	„	szkl. mleka.

W razie rozwolnień do mleka dodać łyżkę wody wapiennej. Zaburzenia przewodu pok. trwające dłużej powinny zwrócić uwagę czy nie są czasem na tle specyficznem.

Przy nagromadzeniu się zarazka w mózgu występuje nadmierna ruchliwość, niepokój i nadczułość wszystkich zmysłów (wzroku, słuchu, powonienia, dotyku i temperatury). Sen bywa bardzo niespokojny, a bardzo często ma miejsce bezsenność. Przytomność zwykle bywa zachowana, a usposobienie smutne, przygnębione, bardzo tkliwe. Na początku choroby popęd płciowy bywa wybitnie wzmożony.

Najważniejszym i najbardziej właściwym objawem wścieklizny jest kurcz gardzieli i głośni, występujący przy połykaniu i przejawiający się w postaci bolesnego ściskania w gardzieli i duszenia się przy objawach niepokoju i przerażenia. Kurcze takie pozostają początkowo przy połykaniu (skąd nazwa — wodowstrętu), ale w miarę postępowania choroby sam widok wody, szmer płynu i myśl o połykaniu wywołują takie napady skurczu w połączeniu z niepokojem i duszeniem się.

Czasami napady takie bywają słabiej wyrażone lub zdarzają się z pewnemi przerwami, a w wypadkach wyjątkowych nie widujemy ich wcale.

Oddech zwykle bywa nierówny, a tętno przyspieszone. Gorączki w początkach choroby nie widujemy, ale w okresie końcowym ciepłota może sięgać wysokich stopni, a w ostatnich chwilach życia może dochodzić do stopni nadzwyczaj wysokich (do 42^0).

Wśród innych objawów klinicznych podkreślić należy ślinotok, ciągłe spluwanie wskutek niemożności połykania wydzielającej się w znacznej ilości śliny.

Skreślony wyżej obraz kliniczny widujemy najczęściej, ale zdarzają się postacie wścieklizny z przewagą objawów porażennych, kiedy przy postępujących objawach bezwładu coraz to nowych mięśni i części ciała sprawa kończy się porażeniem czynności oddychania.

U osób wysoce nerwowych i wrażliwych wystąpić mogą objawy podobne do wścieklizny pod wpływem strachu przed tą chorobą, co też trzeba mieć na uwadze. Napady takie wścieklizny rzekomej występują zwykle bardzo prędko po pokąsaniu i nie widujemy przytem strachu, niepokoju i zaduszania podczas połykania.

Rokowanie przy rozwiniętej wściekliźnie jest zawsze niepomyślne, gdyż wszystkie przypadki kończą się śmiercią.

W każdym przypadku pokąsania należy brać pod uwagę: 1) ilość i głębokość ran, 2) pamiętać, że pokąsanie przez warstwy ubrania jest mniej niebezpieczne niż pokąsanie części obnażonych ciała, 3) najniebezpieczniejsze są rany twarzy i głowy.

Zapobieganie polega na zwalczaniu i zapobieganiu szerzenia się wścieklizny wśród psów, a więc na stosowaniu środków policyjno-sanitarnych (tępienie psów, dotkniętych wścieklizną, nakaz wkładania kagańców, podatki i rejestracja psów, tępienie wałęsających się i bezdomnych psów).

Zaraz po pokąsaniu należy zastosować odkażanie ran czy to za pomocą dokładnego wypalania przyrządem Paquelin'a lub rozpalonego żelaza, jeśli rany są niewielkie lub pędzlowania stężonym kwasem saletrzanym lub solnym.

Leczenie wścieklizny polega na stosowaniu szczepień ochronnych podług metody Pasteura. Uczony ten, upewniwszy się, że zarazek umiejscawia się w ośrodkowym układzie nerwowym i traci swą jadowitość

przez wysuszanie, zależnie od czasu takowego, zaczął stosować na zwierzętach szczepienia zawiesiny tkanki wysuszonego rdzenia wściekłych królików, zazwyczaj od najmniej jadowitej i stopniowo coraz silniejszej, doprowadzając w taki sposób do uodpornienia. Zwierzęta te po zaszczepieniu stopniowem coraz to jadowitszej zawiesiny rdzenia nie zapadały na wściekliznę nawet po wprowadzeniu zarazka nieosłabionego przez wysuszenie. Pozatem Pasteur przekonał się, że zakażone poprzednio wścieklizną zwierzęta można uratować przez wczesne stosowanie szczepień osłabionym zarazkiem. Po tych doświadczeniach uczony ten w r. 1885 zastosował swoją metodę po raz pierwszy u człowieka mocno pokąsanego przez psa wściekłego z dobrym wynikiem, a następnie przystąpił do szczepień masowych, które zyskały rozgłos i rozpowszechnienie na całym świecie.

W całej Europie, a potem i w innych częściach świata, w większych miastach powstał szereg zakładów dla szczepień ochronnych wścieklizny, a ludzkość uzyskała pewny środek w walce z tą straszną chorobą.

Wyniki szczepień są wprost imponujące, a śmiertelność spadła do ułamków odsetek.

Szczepienia stosować należy możliwie wcześniej po pokąsaniu, (2—5 dni), gdyż przy zwlekaniu dłuższem szczepienia te mogą stać się bezskutecznemi.

Leczenie już rozwiniętej wścieklizny ogranicza się do stosowania narkotyków (morfina, chloral, brom) w celu złagodzenia cierpień.

TĘŻEC (TETANUS).

Tężec jest chorobą zakaźną, powstającą wskutek przedostania się do ustroju przez rany i najdrobniejsze uszkodzenia skóry zarazka przebywającego w ziemi i nie znoszącego tlenu i polega na powstawaniu szczękościsku, kurczów tonicznych mięśni karku, kończyn i tułowia.

Jakkolwiek obraz kliniczny tężca znany był dobrze starożytnym lekarzom, którzy odróżnili szereg poszczególnych postaci tej choroby, jednakże zaraźliwość tężca ustaloną została dopiero w ostatnim ćwierćwieczu ubiegłego stulecia drogą szczepienia na królikach wydzielin z ran chorych na tężec (u nas Dr. Nawroczyński w Poznaniu).

Bakterjolog Nicolaier w r. 1885 wykrył w ziemi ogrodowej laseczniki tężca, a w parę lat później japończyk Kitasato otrzymał czystą ich hodowlę, a następnie ustalony został fakt, że objawy tężca powodują nie same laseczniki, lecz wydzieliny przez nie wytwarzane (ekzotoksyny). Laseczniki tężcowe mają wygląd cienkich pałeczek ze zgrubieniem na jednym końcu, przyczem zgrubienie to zawiera w sobie zarodnik. Zarodniki tężcowe, jak i wszelkie inne, posiadają niezmierną odporność względem temperatury i środków bakterjobójczych tak, że krótkie nagrzewanie do 100° C. nie zabija ich, a przebywanie w 5% karbolu i rozczynie sublimatu 1:1000 nie zabija ich i po paru godzinach.

W naturze laseczniki te znajdują się w powierzchownych warstwach ziemi i pod zwrotnikami jest ich znacznie więcej niż w klimacie naszym. Z cząstkami ziemi laseczniki tężcowe przedostają się do mieszkań i mogą znajdować się w kurzu, pajęczynie, a także do stajen i obór i spotykane bywają w znacznej ilości w nawozie (ziemia z nóg ludzkich i kopyt

końskich). Z kurzem zarodniki tężcowe mogą przedostawać się na rozmaite przedmioty i przez czas długi zachowywać swą żywotność. Do ustroju ludzkiego zarazki tężcowe mogą przedostać się przez największe rany, tak i przez najdrobniejsze zranienia i zdrapania naskórka, i dziś już każdy przypadek tężca traktujemy jako chorobę przyranną. Laseczniki rozmnażają się przy ranie, a w krwioobiegu nie znajdują się; w miejscach swego osiedlenia się laseczniki te produkują toksyny, które, podobnie do toksyn laseczników dyfterytycznych, przedostają się do krwi, przyczem największa ilość toksyn nagromadza się w ośrodkowym układzie nerwowym.

Okres wylęgania w tężcu wynosi 6—14 dni, ale może być i znacznie krótszy, bo nawet kilka-kilkanaście godzin. Im krótszy okres wylęgania, tem cięższy bywa przebieg choroby i odwrotnie.

Pierwszym objawem i zarazem zwiastunem tężca bywa zwykle szczękościsk, rozwijający się zwykle stopniowo i polegający na skurczu mięśni — żwaczy. Otwieranie ust początkowo bywa utrudnione, a potem zupełnie uniemożliwione. Przy rozwijającym się szczękościsku występuje skurcz mięśni karku i postępuje, obejmując mięśnie grzbietu i tułowia tak, że przy rozwiniętym tężcu występują kurcze wszystkich mięśni. Kurcze te wzmagają się perjodycznie w postaci napadów, w okresach wolnych od napadów pewne napięcie mięśni.

Napady tężcowe powstają przy dotknięciu chorego, nieumyślnem potrącaniu łóżka, trzaśnięciu drzwiami i t. p.

Najwięcej widocznym bywa kurcz mięśni wyprosnych grzbietu, spowodujących mocne wygięcie kręgosłupa ku przodowi, przyczem cały tułów opiera się tyłogłowiem i pośladkami, a wygięty kręgosłup tworzy łuk. Obok tego uwydatnia się odchylenie głowy ku tyłowi wskutek kurczu mięśni karku, które i w przerwach między napadami napięciem swem wytwarzają sztywność karku, co daje się wyczuć przy zginaniu głowy ku przodowi. Wskutek kurczu mięśni twarzy czoło się marszczy, brwi podnoszą się do góry i wybitnie zaznaczają się fałdy nosowo - wargowe przy opuszczonych kątach ust, co nadaje choremu wyraz, przypominający płacz i złość jednocześnie. Kurcz mięśni języka utrudnia mowę, szczękościsk uniemożliwia przyjmowanie pokarmów i żucie, a przy kurczu mięśni gardzielowych uniemożliwione bywa nawet przełykanie płynów. Nogi podczas napadu bywają równo wyprostowane.

Oddychanie podczas napadów bywa wysoce utrudnione wskutek kurczu przepony i mięśni międzyżebrowych tak, że może nastąpić nawet zaduszenie przy dłużej trwającym napadzie.

Ciepłota zwykle bywa umiarkowanie podniesioną, ale może pozostawać w granicach normy. Wysoka gorączka przy tężcu zależy zwykle od powikłań, a mianowicie od zapalenia płuc lub zakażenia septycznego.

Tętno podczas napadów bywa przyśpieszone, a mięsień sercowy kurczom napadowym nie ulega.

Obfite poty są stałym objawem w tężcu i wzmagają się podczas napadów.

Spotykamy w tężcu przypadki lekkie i przypadki ciężkie, kończące się zwykle śmiercią. W lekkich przypadkach choroba ma przebieg przewlekły (2 tygodnie), objawy występują powoli, napady bywają rzadkie i nie gwałtowne.

Zapobieganie tej strasznej chorobie polega na stosownem traktowaniu wszelkich zranień i stosowaniu środków antyseptycznych, a zwłaszcza przestrzeganie aseptyki przy opatrunkach pępowiny u noworodków, na których tężec bywa często przeszczepiony przez babki wiejskie.

Leczenie polega na dążeniu do ulżenia cierpieniom chorego, w jakim to celu stosujemy środki narkotyczne (morfina, pantopon, chloral) i nasenne (veronal, sulfonal, trional); w lżejszych przypadkach podajemy N.-bromatum (8,0 — 10,0 na dobę). Przy upadku tętna — środki nasercowe (kamfora, naparstnica, kofeina). O ile można, należy stosować podskórne zastrzykiwania, zwłaszcza tam, gdzie przełykanie uniemożliwione. Tam, gdzie to możliwe — stosujemy zastrzykiwania surowicy przeciwtężcowej w celu leczenia, jak również zapobiegania (rany szarpane, zanieczyszczenie ziemią). — Odżywianie polega na dawaniu (wlewaniu) płynnych pokarmów, a przy niemożliwości przełykania — karmieniu przez zgłębnik (sondę), wprowadzenie którego nieraz bywa możliwe tylko przez otwór nosowy. W razie ostatecznym pozostaje stosować lewatywy odżywcze.

ZAPALENIE OPON MÓZGORDZENIOWYCH NAGMINNE (DRĘTWICA KARKU).

(Meningitis cerebrospinalis epidemica)

Choroba ta wyodrębnioną została w początkach zeszłego stulecia, a u nas w Polsce poraz pierwszy opisy zapalenia opon mózgordzeniowych datują się od lat sześćdziesiątych ubiegłego stulecia. Mimo nazwy „nagminne" zapalenie opon mózgordzeniowych jest znacznie mniej zaraźliwe niż inne choroby zakaźne, gdyż w czasie największych epidemji zapada 1 — 10 na tysiąc ludności. Epidemja i pojedyńcze przypadki przywiązane są zwykle do pewnych miejscowości i występują zwykle w zimie, jesieni i na wiosnę. Zapadają przeważnie dzieci i osoby w młodym wieku, a znaczna większość lekarzy jest zdania, że choroba ta nie jest wcale zaraźliwą.

Sprawcą zapalenia opon mózgordezniowych jest dwoinka Fraenkel-Weichselbauma, wywołująca zmiany anatomiczne, na oponach miękkich mózgu i rdzenia w postaci przekrwienia, zmętnienia i drobnych wylewów krwi przy jednoczesnem występowaniu wysięku w przestrzeni podpajęczej, komorach i kanale kręgowym. Wysięk ten początkowo bywa surowiczy przezroczysty, a później przechodzi w ropny. Sprawa zapalna czasami przechodzi na pochewki nerwowe, powodując zapalenie nerwów, najczęściej czaszkowych.

Przebieg kliniczny. Choroba zaczyna się zwykle nagle od silnego bólu głowy i zaburzeń psychicznych w postaci nadwrażliwości ogólnej, a potem bredzenia. Na 2—3 dzień choroby występuje ból w kręgosłupie tak, że opukiwanie lub ucisk na wyrostki kręgowe wywołuje ból nieraz bardzo dotkliwy. Do początkowych objawów należą też wymioty uporczywe, potęgujące się przy ruchu, podnoszeniu i sadzaniu chorego. — Gorączka wysoka, poprzedzona wstrząsającemi dreszczami zachowuje albo charakter ciągły, albo w przypadkach o przebiegu łagodniejszym — zwalniający. Tętno bywa albo zwolnione (60 — 80) albo też szybkie nieprawidłowe (rozmaita ilość uderzeń na 1/2 minuty), rzadziej arytmiczne. Obok wyżej wymienionych objawów występują zaburzenia ze strony ośrodkowego ukła-

du nerwowego: zaburzenia czucia i zaburzenia ruchu. Początkowo występuje zwykle przeczulenie wszystkich rodzajów czucia i światłowstręt nadwrażliwość słuchowa, przeczulenie w czuciu akórnem. Po tych objawach przeczulenia w okresie późniejszym choroby następują objawy wręcz przeciwne: zanik słuchu, osłabienie wzroku i znieczulenie skórne. — Zaburzenia ruchu wyrażają się początkowo w postaci tężcowych kurczów mięśniowych: kurcze mięśni tworzy czasami szczękościsk, sztywność karku, sztywność i wygięcie kręgosłupa, a nieraz kurcze tężcowe kończyn. Dość często spotykamy również kurcze kloniczne (drgawki) i to zwykle u dzieci. — W okresach późniejszych natomiast występują porażenia nerwów czaszkowych, a także kończyn w postaci niedowładu. Wyprysk na wargach (herpes) jest objawem bardzo częstym przy zapaleniu opon mózgordzeniowych (3—5 dzień choroby). Czasami spotykamy pokrzywkę, wysypkę różycową i ograniczone zaczerwienienia skóry. Źrenice początkowo są zwężone, a później rozszerzone i słabo oddziaływują na światło; czasami źrenice bywają nierównomierne.

Odróżniamy w przebiegu kliniczym postacie: piorunującą, ostrą, podostrą i poronną zależnie od natężenia objawów chorobnych. Najczęstszem powikłaniem jest zapalenie oskrzeli i zapalenie płuc, a jako choroby następcze: głuchota, ślepota, zaburzenia inteligencji, niemota i zaburzenia mowy, co zwykle bywa przemijającem, ale czasem pozostaje na stałe. Nieraz w następstwie przebytego zapalenia opon mózgo-rdzeniowych występują napady mózgowe z utratą przytomności i drgawkami, co bywa spowodowane zgrubieniami i zrostami opon z powstającą na tem tle puchliną mózgu (hydrocephalus chronicus).

Rozpoznawanie na początku choroby tej bywa zwykle bardzo trudne, gdyż objawy takie, jak wymioty, ból głowy i gorączkę często spotykamy i przy innych chorobach; natomiast stale wzmagający się ból głowy; zwolnione lub zmienne tętno, pojawiająca się na 2 — 3 dzień choroby sztywność karku, a następnie sztywność kręgosłupa ułatwiają znacznie rozpoznawanie. — Wszelkiego rodzaju następcze zapalenia opon wykluczają się na zasadzie już przedtem istniejącej choroby lub spraw ropnych w sąsiedztwie mózgu (ucho, próchnica kości, czaszki). Różniczkowanie zapalenia opon gruźliczego, pochodzenia u dzieci zwłaszcza, nieraz przedstawia poważne trudności przy rozpoznawaniu. Za zapaleniem nagminnem przemawiają: nagły początek, wyprysk wargowy, wypryski skórne, równoczesne zajęcie opon rdzenia oraz brak dziedzicznego usposobienia do gruźlicy lub brak sprawy gruźliczej w innem miejscu organizmu.

Chociaż zaraźliwość zapalenia opon mózgo-rdzeniowych nie jest ustalona w zupełności, ale ze względu na nagminne szerzenie się tej choroby winniśmy stosować takie środki ostrożności, jak izolacja chorych, dążyć do usunięcia przepełnienia koszar, przytułków i t. p., oraz zalecać koniecznie zmniejszenie wysiłków fizycznych i umysłowych w celu zapobiegawczym.

Leczenie polega na zagwarantowaniu zupełnego spokoju dla chorego i umiejętnem pielęgnowaniu wobec znacznych cierpień i ogólnej przeczulicy. Na głowę pęcherz z lodem, pijawki za uszami (od 2 — 6 z każdej strony), bańki cięte (kilka — kilkanaście) wzdłuż kręgosłupa i środki czyszczące (kalomel, trunek wiedeński) jak na początku choroby, tak i w okresach późniejszych, przy objawach wzmagania się ucisku

mózgu. Obecnie stosujemy z największem chyba powodzeniem — przekłócia lędźwiowe z wypuszczeniem płynu mózgordzeniowego w celu zmniejszenia ciśnienia wewnątrz-mózgowego wskutek nadmiernego nagromadzenia się płynu.

Obok powyższych zabiegów stosujemy leczenie symptomatyczne: przetwory salicylowe, środki nasercowe (kamfora, kofeina), a w razie silnego niepokoju — morfinę podskórnie i przetwory bromowe do wewnątrz. Ogromną wagę ma również właściwe odżywianie chorych zwłaszcza w postaciach przewlekłych (mleko, rosoły, buljony, sok mięsny).

GRUŹLICA PROSOWATA.
(tuberculosis miliaris).

Gruźlicą prosowatą nazywamy rozpowszechnienie się zarazków gruźliczych (laseczników Kocha) w ustroju wskutek przedostania się ich do krwioobiegu albo przez drogi limfatyczne, albo też bezpośrednio przez naczynia, przyczem porażone zostają albo pewne narządy, lub też powstaje uogólnione zakażenie w całym ustroju.

Ogólne zakażenie powstaje wskutek przedostawania się od obiegu krwi znacznej ilości laseczników i wtedy ma miejsce wytwarzanie się licznych gruzełków we wszystkich narządach ustroju; przy przedostawaniu się nieznacznej ilości laseczników do obiegu krwi sprawa prosowata ograniczać się może do porażenia tylko pewnych narządów podatnych na zakażenie. Przy rozmiękczeniu gruzełków lub ognisk, umiejscowionych na ścianach naczyń krwionośnych ma zwykle miejsce ogólne zakażenie wskutek przedostawania się do krwi obfitej ilości laseczników; w wypadkach zaś, gdzie laseczniki trafiają do systemu limfatycznego i po przejściu przez filtry gruczołowe dostają się do krwi w ilości niewielkiej — powstaje sprawa prosowata umiejscowiona.

Gruźlica prosowata jest zwykle sprawą wtórną, t. j. powstaje na tle już istniejącej sprawy gruźliczej w tem lub innem miejscu ustroju. Zmiany anatomiczne polegają na wytwarzaniu się pod wpływem laseczników Kocha licznych drobnych gruzełków, przypominających ziarnka prosa, rozsianych w rozmaitych narządach organizmu. Najczęściej gruźlicą prosowatą porażone bywają płuca, a potem opony mózgowe.

Przy gruźlicy prosowatej płuc spotykamy gorączkę o typie nieprawidłowym; bardzo ważnym objawem jest tu duszność, powstająca wskutek zmniejszenia się powierzchni oddechowej płuc przez szybkie rozsiewanie się prostych gruzełków w pęcherzykach płucnych. Przyśpieszenie oddechu dochodzi do 50—60 na minutę, chorzy stają się niespokojni i nie mogąc leżeć, przebywają w pozycji siedzącej. Zwykle jednocześnie z dusznością pozostaje niezmiernie dokuczliwy suchy kaszel. O ile sprawa prosowata nie powstaje zbyt szybko — duszność i kaszel nie występują tak jaskrawo.

Ani wysłuchiwanie, ani opukiwanie płuc nic pozytywnego nie wykrywa na początku choroby i dopiero w okresie późniejszym konstatujemy zwykle mniej lub więcej rozlaną sprawę nieżytu ostrzeli i oskrzelików (świsty i rzężenia drobnobańkowe), a niekiedy objawy zrazikowego zapalenia płuc i to najczęściej w szczytach. Tętno przy gruźlicy prosowatej płuc bywa zwykle mocno przyśpieszone (120-160 na minutę), wskutek ograniczenia powierzchni oddechowej płuc występuje sinica na twarzy i palcach kończyn; poty obfite ogromnie trapią chorych bez względu na natężenie do

rączki. Ogólny stan choroby bywa zwykle ciężki; choroba trwa 2—6 tygodni i zawsze kończy się zejściem śmiertelnem.

Rozpoznawanie często bywa wysoce utrudnione w przypadkach zwłaszcza, gdzie ukryte ognisko gruźlicze niczem się nie zdradza i niema podstaw do czynienia przypuszczeń we właściwym kierunku.

Gruźlica opon mózgowych prosowata polega na rozsiewaniu się gruzełków przeważnie na oponie miękkiej, przekrwieniu opon mózgowych i wytwarzaniu się wysięku w przestrzeni podpajęczej, a zwłaszcza na podstawie mózgu. Sprawa zapalna rozszerza się zwykle i na komory mózgowe, powodując wzmożenie się ciśnienia wewnątrzmózgowego; gruzełki umiejscawiają się nie tylko na oponach, lecz i w istocie mózgowej, a często porażają i opony rdzeniowe. Gruźlica prosowata opon zdarza się najczęściej w pierwszych latach życia i rzadziej u dorosłych. Gorączka nie posiada tu żadnego typu. Silne bóle głowy powstają od początku choroby i trwają zwykle przez czas cały; wymioty trwają zwykle przez 1—kilka dni; od początku choroby—widujemy apatję i śpiączkę u dzieci, bredzenie i bezsenność u starszych. Tętno na początku bywa przyśpieszone; w środkowym okresie — zwolnione (50—60 na minutę), z przystankami, a w końcowym okresie—nadmiernie szybkie. Oddech zwykle przyśpieszony, często przerywany i nierównomierny.— Na początku zapalenia gruźliczego opon mózgowych—spotykamy ogólną przeczulicę, przechodzącą pod koniec choroby w znieczulenie; zaburzenia ruchu polegają na kurczach miejscowych lub drgawkach ogólnych na początku choroby i na porażeniach w okresie końcowym. Od początku choroby zauważyć się daje ciągła zmiana w zabarwieniu policzków, które albo mocno czerwienieją, albo rażąco bledną. Sztywność karku w zapaleniu gruźliczem opon mózgowych występuje częściej w środkowym, lub końcowym okresie. Porażenia obejmują najczęściej nerwy czaszkowe (jednostronne porażenie twarzy, zez, opadanie powiek, rozszerzenie źrenicy, odchylenie języka w jedną stronę).

Prosowata gruźlica przebiega nieraz rażąco podobnie do duru — postać tyfoidalna. Zupełnie tak samo, jak w durze brzusznym i tu przy objawach osłabienia, gorączki, bólach głowy—spotykamy powiększenie śledziony, a czasami nawet wysypkę drobnoplamistą. W postaci tyfoidalnej sprawa gruźlicza jest więcej uogólnioną, t. j. poraża wszystkie narządy, ale i tu wkrótce występują objawy gruźlicy prosowatej z wybitnem porażeniem płuc lub opon mózgowych.

Wszystkie przypadki gruźlicy prosowatej kończą się zejściem śmiertelnem w 2—5 tygodni, a nieraz mają przebieg piorunujący, zależnie od rozmiarów porażenia i ogólnego stanu organizmu chorego.

Leczenie tu może być tylko symptomatycznem i polega na stosowaniu środków nasercowych (kamfora naparstnica i t. p.), kojących (morfina w razie wielkiego niepokoju i bólów). Przy objawach mózgowych stawiamy pijawki za uszami i stosujemy lód na głowę. Środki czyszczące (Inf. sennae compnsitum) przy zajęciu opon mózgowych zalecamy w okresie początkowym celem odciągnięcia krwi ku jamie brzusznej, a tem samem zmniejszenia przekrwienia mózgu. Znaczną nieraz ulgę przynoszą nakłócia lędźwiowe z wypuszczeniem 20—30 cnt. sz. płynu mózgordzeniowego. Odżywianie polega na podawaniu płynnych posilnych pokarmów, jak w innych chorobach zakaźnych o ciężkim ostrym przebiegu.

PROMIENICA (ACTINOMYCOSIS).

Choroba ta należy do rzadziej spotykanych w praktyce lekarskiej, a sprawcą jej jest grzybek o charakterystycznej budowie, składający się ze splotu promienisto ułożonych niteczek w postaci gwiazd i posiadających kolbowate zgrubienia na wolnych końcach. Grzybek promienicy w naturze przebywa najczęściej na końcach kłosów jęczmienia, pszenicy i żyta.— Przedostając się do jamy ustnej przez żucie kłosów, grzybek ten zatrzymuje się na obrażeniach błony śluzowej powstających przy żuciu kłosów, czy też wypadkowo już istniejących uszkodzeniach, albo też za wrota wejściowe obiera zepsute zęby.— W miejscach zakażenia promienicą powstają zapalne nacieczenia, które powoli rozszerzają się na tkanki otaczające i postępują w głąb tak, że w okolicy szczęki dolnej lub na szyi powstają twarde, jak deska nacieczenia przy niebolesnem powiększeniu najbliższych gruczołów chłonnych. Nacieczenia te z czasem ulegają procesowi rozpadowemu w centrum, a ropne wydzieliny, szukając ujścia nazewnątrz, wytwarzają przetoki, albo opróżniają się do klatki piersiowej lub jamy brzusznej z poprzednio powstałych ropni opadowych. W wydzielinach ropnych już gołem okiem można dostrzedz drobne ziarenka białawe, w których przy badaniu mikroskopowem nietrudno wykryć obecność grzybków promieńcy.—

Bezporównania częściej na promienicę zapada bydło rogate, konie, owce i świnie. U zwierząt tych powstają zwykle nacieczenia w okolicy podszczękowej, schorzenia promieniowe na języku i migdałach.

Zaraźliwość promienicy czy to od bydła, czy też od człowieka nie jest jeszcze ustaloną, a w każdym razie jest minimalną i powstać może tylko przez przedostawanie się wydzielin, zawierających grzybki promienicy do ran.

Najczęściej spotykamy promienicę jamy ustnej, z powstawaniem przewlekłych ropni z przetokami; rzadziej promienicę płuc i opłucnej, dokąd grzybki promienicy przedostają się przez wdychanie (z kłosów prawdopodobnie, lub z mąki zawierającej te zarazki), a wyjątkowo rzadko spotykamy promienicę jamy brzusznej przez zarażenie się pozostałe z kiszek.

Przy promienicy płuc powstają nacieczenia najczęściej w dolnych płatach, iż obraz kliniczny jest podobny do zapalenia płuc o nieprawidłowym, przewlekłym przebiegu z nietypową gorączką, kaszlem i obfitem odpluwaniem.

Promienica jamy brzusznej przebiega często w postaci ropnego zapalenia wyrostka robaczkowego, a także ropni podprzeponowych, okołonerkowych i t. p.

Rozpoznawanie na początku bywa utrudnione, dopiero badanie mikroskopowe wydzielin (ropy, plwociny) rozstrzygnąć może sprawę z całą pewnością, lecz bywa to możliwem w późniejszym okresie promienicy. Przebieg jest przewlekły, gdy choroba trwa parę—kilka miesięcy.

Leczenie polega na dłuższem podawaniu w większych dawkach przetworów jodowych (2.0—4.0 kalii jodati dziennie), co nieraz daje bardzo duże wyniki, ale przy stosowaniu jodu do wewnątrz nie zawsze obejść się można bez interwencji chirurgicznej.

Gruźlicy kaszlący b. dużo często wymiotują, tacy chorzy powinni jeść mniej lecz częściej.

Co 2 tyg. chory powinien się zważyć, przybytek bowiem na wadze gra pewną rolę w rokowaniu.

II.

Jak zaznaczono, w części I., mimo wielu usiłowań nie zdołano wynaleźć swoistego leku przeciw gruźlicy płuc. Wysiłki jednak, czynione w tym celu, nie poszły na marne, wykryto bowiem szereg metod leczniczych, odgrywających pewną rolę pomocniczą w leczeniu suchot.

Za metodę par exellence swoistą musimy uważać leczenie tuberkulinami, zapoczątkowane przez R. Kocha. Badacz ten, wzorując się na metodzie uodparniania czynnego przeciw różnym chorobom zakaźnym, szukał sposobu uodparnienie także przeciw gruźlicy.

Wypuszcza więc w r. 1890 ze swej pracowni t. zw. „starą tuberkulinę", (znaczyć będziemy A-T Alt-Tuberkulin) która jest przesączem buljonowo-glicerynowej hodowli las. gr., odparowanym na łaźni wodnej do $^{1}/_{10}$ swej pierwotnej objętości.

K. przypuszczał, że w A-T znajdują się specjalne toksyny, które wprowadzane podskórnie do ustroju chorego w dawkach małych lecz ciągle zwiększanych, wywołają odporność czynną przeciw gruźlicy. Teorja była tak prosta i logiczna, że wzbudziła entuzjazm, który po kilku miesiącach prób rozwiał się, rezultaty bowiem były fatalne. Przekonano się, że w A-T specyficznych toksyn niema, a dawki jakiemi zaczynano leczenie, (1 milg.) były o wiele za duże.

K. nie zniechęca się i w kilka lat później wynajduje „nową tuberkulinę" (N-T). Jest to zawiesina złośliwych lecz wysuszonych i roztartych laseczników w rozczynie soli kuchennej. Zawiesinę tę centryfuguje się; górna warstwa nosi znak T. O., dolna, zawierająca większe szczątki laseczników, — T. R. W T-R. widział Koch substancję, zawierającą wszystkie czynniki immunizacyjne (uodparniające).

Wreszcie w 1901 r. pojawia się t. zw. „emulsja bakteryjna" Kocha (B-E), która zawierała rozpuszczone w roztworze soli kuchennej i gliceryny—uprzednio wysuszone i roztarte laseczniki, a więc, według Kocha i jego uczniów, substancje mogące wywoływać odporność.

Oprócz tuberkulin kochowskich znamy cały szereg innych jak tub. Denys'a, Beraneck'a, znajdującą duże zastosowanie w Szwajcarji i Niemczech, Rosenbacha, autotuberkulinę Rotschilda (sporządzona z własnych prątków chorego) i wiele innych. Różnią się one między sobą sposobem przyrządzania, podłożem, na którem rosną hodowle las., różnic jednak zasadniczych niema.

Podczas stosowania tuberkuliny dają się zauważyć u chorych 3 rodzaje odczynów: odczyn miejscowy, ogniskowy i ogólny. Odczyn miejscowy polega na

zaczerwienieniu i obrzęku skóry w miejscu wkłucia. Odczyn ogniskowy cechuje się zaostrzeniem sprawy chorobowej w ogniskach gruźlicznych, a więc zwiększeniem ilości rzężeń, plwociny etc. Wreszcie odczyn ogólny objawia się osłabieniem, bólami głowy, gorączką, nudnościami i t. p. Czasami po zbyt dużej dawce tuberkul. następuje gwałtowne podniesienie ciepłoty, b. silne przyspieszenie tętna, osłabienie mięśnia sercowego i zejście śmiertelne. Mówimy w takich wypadkach o shock'u tuberkulinowym.

Po kilku dniach reakcje ustroju uspokajają się. Na odczynie ogniskowym polega efekt leczniczy tuberkuliny. Mianowicie po wstrzyknięciu tuberkuliny w ogniskach gruźl. zjawia się silne przekrwienie, a dookoła nich pas zapalny, oddzielający tkankę zdrową od chorej. Miejsca chore zostają szybciej wyeliminowane, a tkanka łączna, pobudzona zapaleniem, buja silniej, otarbiając ogniska.

Ludzie, nie zakażeni gruźlicą, na wstrzykiwania tuberk. zupełnie nie reagują. Wystarczy jednak obecność nawet starego, wygasłego ogniska, by po injekcji tuberk. zjawił się przynajmniej odczyn miejscowy. Na tej regule polegają próby diagnostyczne Pirguet'a, Mantoux, stosowane w pedjatrji, a wskazujące, czy dziecko jest wolne od gruźlicy, czy też już jest zarażone.

Odczyn tuberkulinowy tłumaczą mniej lub więcej zawiłe teorje, których zgłębiać w tem miejscu nie możemy.

Do leczenia tub. nadają się „niepowikłane bezgorączkowe przypadki gruźlicy płuc okresu Turbane I i II*), o ile nie dają rokowania niepomyślnego", a więc przypadki gruźlicy nie postępujące. Często jednak stosuje się i w przypadkach gorączkowych z lekkiemi objawami toksemicznemi, a wtedy efektem leczniczym może być obniżenie ciepłoty, znikanie potów, zmniejszenie kaszlu i plwociny.

Przeciwwskazanie do leczenia tub. stanowią przypadki z silną gorączką, wybitnemi objawami toksemicznemi, postępujące, oraz powikłane chorobami narządu krążenia, nerek, cukrzyca, krwotokami i wybitną cherą.

Leczenie tub. może przeprowadzać jedynie lekarz specjalista odpowiednio wyszkolony. Ambulatoryjnie stosować można tub. tylko u tych chorych, którzy jedną kurację przebyli w sanatorjum lub szpitalu i wiedzą, jak podczas leczenia należy się zachowywać. Leczenie trwa b. długo: z przerwami można tub. stosować miesiące a nawet lata.

---

*) Okres I w/g. Turbana obejmuje lekkie schorzenia, ograniczone w przypadkach gruźlicy obustronnej do okolic nadobojczykowych i nadgrzebieniowych, a w przyp. jednostronnych, nie sięgające niżej II żebra.

Okres II. Schorzenia lekkie ograniczone do 1 płatu lub ciężkie, zajmujące najwyżej 1/2 płatu. Zaznaczam, że w Polsce posługujemy się klasyfikacją Sew. Sterlinga, w której odpowiednikami okresów Turb. I i II są phtisis incipicus i pht. declarata. Klasyfikacja Sterlinga jest logiczna, jasna i łatwo daje się stosować.—

Technika leczenia jest nieco skomplikowana. Ze „starej tuberkuliny" przygotowuje się odpowiednie rozcieńczenia, które następnie wstrzykuje się pod lub do-skórnie w okolicy łopatek co 3 dzień (czasem 1 lub 2 razy na tydzień) w godzinach rannych. Pierwsza dawka wynosi $^{1}/_{1000}$ miligrama starej tuberkuliny. Dawki te b. powoli zwiększa się, unikając silniejszych reakcji i dochodzi się stopniowo nawet do 10 miligr. Dawką maksymalną jest ta ilość tub., którą pacjent może znieść bez szkody; dawka ta jednak dla każdego chorego jest inna i leży już powyżej „leczniczego optimum".

Niektórzy lekarze stosują tuberkulinę tak długo, aż na duże nawet dawki pacjent nie da „odczynu". Zdobycie takiej „odporności na tuberkulinę" nie jest, niestety, równoznaczne z uzyskaniem wrażliwości na gruźlicę.

Metoda tuberkulinowa przeszła, jak widzieliśmy, okres entuzjazmu i głębokiego sceptycyzmu; i dziś ma gorących zwolenników i zaciętych przeciwników, odmawiających jej jakiejkolwiek wartości.

W każdym razie, chociaż tuberkuliną wszystkich przypadków gruźlicy wyleczyć nie można, w wielu jednak wypadkach daje się zauważyć po jej zastosowaniu, szybsze włóknienie ognisk gruźliczych, zmniejszenie gorączki, plwocin, kaszlu, potów oraz polepszenie samopoczucia chorego. Wobec tego leczenia tuberkuliną nie można odrzucać, lecz należy je zaliczyć do dzielnych metod pomocniczych.

Deycke i Much, wychodząc z założenia, że lasecznik gr. zostaje w organiźmie ludzkim rozłożony na szereg substancyj białkowych i tłuszczowych, z których każda wywołuje odrębne ciało odpornościowe, starali się na drodze sztucznego rozbicia prądków dojść do tych „wywoływaczy cząsteczkowych" cz. partigenów. Według teorji D-M. leczenie tuberk. dlatego nie daje dobrych rezultatów, że wstrzykując tuberk., wprowadzamy do ustroju wzsystkie partigeny, podczas gdy organizm może potrzebować tylko niektórych, na inne bowiem wytworzył już sobie odporność.

Badacze ci rozkładali laseczniki gruźlicze za pomocą 1% kwasu mlecznego, w sposób jednak tak delikatny, by nie niszczyć specyficznych biologicznych substancyj. W rezultacie po rozpuszczeniu w kw. mlecznym, sączeniu i wyciągach alkoholowych; uzyskano szereg ciał, oznaczonych specjalnemi symbolami, które stosuje się u chorych po uprzedniem sprawdzeniu, na które z nich pacjent reaguje. Technika otrzymywania partigenów i stosowania ich jest b. zawiła. Metoda leczenia partigenami nie ziściła wielkich nadziei wynalazców.

Oprócz stosowania tuberkulin próbowano leczyć gruźlicę płuc szczepionkami bakteryjnemi, rozumując, że w ten sposób zdoła się zwiększyć, już istniejącą u chorych, odporność. Friedmann sporządził wakcynę z żywych laseczników gruźl. żółwi, jednak metoda ta, zapoczątkowana w 1912 r., a poddana rewizji w 1918, okazała się zupełnie nieskuteczną. W r. 1921 Selter uczynił nową próbę, wypuszczając ze swej pracowni szczepionkę, zawierającą

żywe lecz osłabione laseczniki ludzkie, t. zw. „Vital-tuberkulinę". O skuteczności tej szczepionki nic narazie powiedzieć nie można.

Dotychczas wymienione metody leczenia miały na celu wywołanie odporności czynnej. Koch, Behring, Maragliano i Marmorek pragnęli stworzyć surowicę, zawierającą antytoksyny przeciwgruźlicze. Próby nie dały wyników pomyślnych, surowicy takiej nie otrzymano, ponieważ odporność na gruźlicę tkwi raczej w komórkach ustroju niż w jego sokach.

Wiadomo, że w niektórych chorobach zakaźnych wstrzykiwania podskórne lub domięśniowe mleka lub innych preparatów białkowych, działających nadzwyczaj korzystnie dzięki podniesieniu odporności ustroju, pobudzeniu układu wegetatywnego i t. p. Próbowano tej metody także w gruźlicy, ba, myślano nawet, że odczyn tuberkulinowy nie jest czemś swoistem, lecz jest reakcją organizmu na wprowadzenie obcego białka. Twierdzenie to okazało się nieprawdziwem, a proteinoterapja zawiodła.

Równolegle do prób leczenia biologicznego gruźlicy, szukano środków chemicznych, któreby zabijały laseczniki w ustroju. Impulsem do tego były prace Ehrlicha oraz świetne zdobycze w dziedzinie chemoterapji kiły. Podczas tych badań przekonano się, że sole metali ciężkich, nawet w znacznych rozcienczeniach zabijają laseczniki „in vitro" (w szkle), lub wstrzymują wzrost hodowli na pożywkach.

Próbowano więc i w terapji gr., miedzi, platyny, niklu, rtęci, stebra, arsenu, wreszcie złota.

Feldt, który zajął się sprawą preparatów złota zdatnych do leczenia gruźlicy, zbudował szereg preparatów, z których k r y z o l g a n (1907) okazał się ostatecznie najlepszym.

Kryzolgan, jest solą sodową kwasu 4 amino — 2 auro tiofenolokarbolowego; jest to proszek żółtawy, zawierający 50% złota, który w rozcienczeniu 1:1,000,000 zabija laseczniki gr. Wstrzyknięty w rozczynie wodnym do żyły, ma dostawać się do ognisk gruźliczych i tam dopiero ulegać rozkładowi. Doświadczenia wykazały, że kryzolgan nie działa prątkobójczo, natomiast wywołuje w ogniskach gruźliczych zwiększenie objawów kataralnych, które po kilku dniach cichną, ilość plwociny zmniejsza się, a po dłuższem stosowaniu daje się zauważyć zabliźnianie ognisk chorobowych. Oprócz odczynu ogniskowego widzimy po wstrzyknięciu kryzolganu reakcję ogólną w postaci gorączki, osłabienia, bólów w stawach, senności etc.

Czasem, zwłaszcza po większych dawkach zjawić się może białkomacz, biegunka, zapalenie skóry i żółtaczka.

Po długiem stosowaniu kryz. widać niejednokrotnie znaczną poprawę stanu zdrowia pacjenta. Czy polepszenie to można przypisać „reakcji ogniskowej" i podrażnieniu tkł. do bujania, czy też, jak chcą inni, należy widzieć w kryz. wywoływacza pewnych ciał ochronnych, które, drogą bardzo złożoną porażają prątka — o tem niewiele da się powiedzieć. W każdym razie efekty

dodatnie są, (zwłaszcza w gruźlicy krtani) o ile leczenie prowadzone jest racjonalnie, sumiennie i długo.

Do leczenia kryz. nadają się chorzy z gr. włóknisto serowatą płuc, (pht. incipicus et declarata fibro-caseosa stationaris a czasem i progredicus lente) oraz gruźlica krtani. Przeciwskazanie stanowią, ciężkie przypadki gruźlicy płuc (pht. consumptiva) oraz komplikacje ze strony serca, jelit i nerek.

Technika stosowania nie nastręcza większych trudności. Bezpośrednio przed zastrzykiem rozpuszcza się kryzolgan (sprzedawany w ampułkach po 0,0001; 0,0005; 0,001; 0,005; 0,01; 0,025; 0,05; 0,1;) w kilku cm^3 wody podwójnie przekroplonej i wyjałowionej.

Dawkowanie powinno być b. ostrożne; zważać należy na odczyny po injekcjach, nie trzeba dopuszczać, by były zbyt silne. Zastrzyki robi się w odstępach 2 lub 3 tygodniowych; reakcja po poprzednim wstrzyknięciu musi zupełnie ustąpić. Według Feldta dawkowanie u osób gorączkujących przedstawia się następująco: I.) 0,0001 powtórzyć przynajmniej 2 razy (odstępy 2-3 tyg.) i gdy reakcja miała dać

II 0,00025
III 0,0005
IV 0,001
V 0,0025 i t. d. dochodząc najwyżej do 0, 05.

U osób niegorączkujących można dawkować szybciej, jednak zawsze ostrożnie bez wywoływania gwałtownych odczynów.

Odczyny gwałtowne zmuszą nieraz do zmniejszenia dawki lub do dłuższej przerwy między zastrzykami.

Leczenie można prowadzić także ambulatoryjnie, o ile pacjent trzyma się ściśle wskazań — doświadczonego w leczeniu kryzolganem — lekarza.

Kuracja trwać powinna przynajmniej rok, a ostatnie wlewania kryz. robić należy co miesiąc.

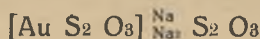
Zaznaczyć wkońcu muszę, że kryz. ma także i przeciwników.

Preparatem podobnym do kryzolganu jest t r i p h a l cz. sól sodowa kwasu aurothiobenzimidazolxarbonowego.

Triphal zawiera 44% złota, jest podobno mniej jadowity od kryzolganu; stosuje się go począwszy od 0,05 co tygodnia w formach produktywnych i przypadkach bezgorączkowych, a w postaciach wysiąkowych, począwszy od 0,025 z przerwami 2-4 tygodni. Tr. znajduje małe zastosowanie w leczeniu suchot płucnych.

W 1923 r. wprowadzono do lecznictwa gruźlicy preparat Möllgaard'a sanocryzinę cz. kwas 4 amino 2 aurotiofenolo karbonowy.

Preparat ten przedstawia się w postaci białych kryształków lub proszku, łatwo rozpuszczalnego w wodzie. Stosuje się jako wlewania dożylne 5% roztworu.



$$[Au\ S_2\ O_3]\,^{Na}_{Na}\ S_2\ O_3$$

Sanocryzyna, jak wynikało z doświadczeń M. na cielętach, miała zabijać prątki gruźliczne wewnątrz ustroju, miała więc ostatecznie rozwiązać problem wyjaławiania ustroju, — „sterilisatio magna". Z rozpadłych prątków, według zdania M., wydostawały się endotoksyny powodujące szereg groźnych objawów, czasem shock sanocryzynowy, podobny do tuberkulinowego, a czasem nawet śmierć. By zapobiec otruciu endotoksynami rozpadłych las., gr. M. otrzymał surowicę antycudotoksyczną, która, zdaniem wynalazcy, natychmiast niweczyła wszelkie objawy zatrucia. Dawki, polecane przez M., zaczynały się od 0.01 na kg. wagi; podwajając dawki co 6 dni, dochodzono do 0.06 na kg.

Do leczenia samocryzyną nadawały się, w/g M: gruźlica wysiękowa i serowata bez wybitnych objawów toksemicznych, ostra gruźlica prosówkowa oraz gruźlica innych narządów z wyjątkiem gr. kiszek i nerek. W gruźl. włóknistej sanocr. nie działa, nie wnika bowiem do ognisk przez zbitą tk. łączną. 6. XI. 923 r. wstrzyknięto sanocr. po raz pierwszy człowiekowi. W Danji zyskano rezultaty nadzwyczaj pomyślne, niestety po okresie entuzjazmu nastąpiła znów faza rozczarowania. Trzyletnie doświadczenia wybitnych klinicystów europejskich i amerykańskich dowiodło że z tez M. nic prawie nie zostało. Okazało się, że 1). sanocr. prądków w organizmie nie zabija. Wprawdzie niektórzy autorzy, a z polskich dr. A. Landau, widzieli po wstrzyknięciach sanocr. znikanie laseczników, większość jednak tego nie zauważyła. Ja osobiście, obserwując kilkanaście przypadków, leczonych sanocr., nigdy zniknięcia prądków nie spostrzegłem. 2) Objawy toksemiczne jak gorączka, białkomocz, biegunka, wymioty, nudność, przyspieszenie akcji serca i jego osłabienie, wykwity na skórze uznane są za dowód zatrucia złotem, a nie endotoksynami, jak chciał M. 3). Surowica przeciwendotoksyczna, okazała się nietylko zupełnie nieskuteczną, ale wręcz szkodliwą. 4). Dawki proponowane przez M., okazały się zaduże, niebezpieczne, wywołujące często wstrząsy.

Mimo tej druzgoczącej krytyki i wrogiego stanowiska niektórych klinicystów, nie można powiedzieć że sanocr. jest środkiem bezwartościowym i szkodliwym. W niektórych przypadkach można zauważyć po jej stosowaniu objektywną poprawę. Leczenie musi być prowadzone małemi dawkami, od 0.05 począwszy, stopniować należy wolno, dojść najwyżej do 0,5 naraz. Wlewania robić nie częściej jak raz w tygodniu. W razie zbyt silnych odczynów zmniejszyć dawki i powiększyć przerwy między wstrzykiwaniami.

Obowiązuje codzienne badanie moczu na białko, a w razie znalezienia jego śladów trzeba przerwać leczenie, aż do zupełnego zniknięcia.

Zaznaczyć należy, że złoto wydziela się z ustroju b. powoli i drażni nerki. Niektórzy ludzie nie znoszą złota; u tych nawet małe dawki wywołują groźne objawy — ci naturalnie do leczenia preparatami złota nie nadają się.

Ambulatoryjnie sanocr. stosować nie można, pacjent bowiem powinien po wstrzyknięciu leżeć dzień lub 2 dni w łóżku i pomoc lekarska musi być na miejscu.

(D. c. n.)

O szczepionkach i surowicy przeciwpłoniczej.

Epidemja szkarlatyny, oraz zdobycze w dziedzinie badań nad płonicą, czego nikt jeszcze w „Przeglądzie" nie poruszał, zniewalają mnie do napisania krótkiego sprawozdania o nowych odkryciach.

Już dawno uważano paciorkowce (streptokoki) za przyczynę płonicy, jednak poglądu tego udowodnić nikt nie mógł. Paciorkowce znachodzono we krwi chorych i zmarłych na płonicę, znajdowano je na migdałkach, lecz sądzono, że dołączają się one wtórnie do specyficznego, nieznanego zarazka płonicy.

Dopiero Dickowie (małżeństwo), badacze amerykańscy, udowodnili, że płonicę wywołuje t. zw. streptococcus scarlatinosus (haemoliticus), nie różniący się od innych paciorkowców morfologicznie i wzrostem na hodowlach, natomiast różniący się serologicznie. Kulturą tych paciorkowców można wywołać doświadczalnie płonicę u ludzi. Na pożywkach płynnych produkują te paciorkowce toksynę, która wstrzyknięta do — lub podskórnie ludziom wrażliwym, wywołuje odczyn mniej lub więcej silny, (zależnie od ilości toksyny), po którym człowiek uzyskuje odporność.

Stąd widzimy, że płonicę należy uważać za intoksykację jadami paciorkowców płoniczych, a ciężkie czasem powikłania i procesy ropne — za skutek przenikania samych paciorkowców z jamy nosowo-gardzielowej do krwi.

Dziś, dzięki t. zw. „odczynowi Dick'ów możemy zorjentować się, czy jest ktoś wrażliwy na płonicę, czy nie. Odczyn ten robi się w sposób następujący: pod fossa cubiti wstrzykuje się doskórnie 1 cm.^{3} rozcieńczonej (1 : 10) toksyny płoniczej (czyli 0,1 cm.^{3} czystej toksyny) — Powstaje wtedy biały pęcherzyk. Po 24 godz. odczytujemy wynik.

Silnie dodatni + + cechuje się zaczerwienieniem o średn. 2 cm. dodatni + o średnicy 1 cm. słabo dodatni ± zaczerwieniem b. małem, ujemny — brakiem zaczerwienienia.

Dla kontroli wstrzykujemy zwykłą ogrzaną surowicę w drugą rękę i gdy zaczerwienienie jest mniejsze niż na ręce pierwszej, uznajemy odczyn D. za dodatni, a osobnika **za wrażliwego na płonicę.**

Chcąc osobnika wrażliwego uodpornić na płonicę, szczepimy go miareczkowaną toksyną płoniczą. Do miareczkowania toksyny używa się ludzi wrażliwych, którym wstrzykuje się doskórnie 0,1 cm.^{3} toksyny w różnych rozcieńczeniach. Dawkę, wywołującą wyraźną reakcję, nazywamy **minimalną dawką skórną,** (M. D. S.) a siłę toksyny oznaczamy temi właśnie dawkami.

Państwowy Zakład Higjeniczny przygotowuje szczepionki (toksyny) zawierające w 1 cm.^{3} 1.000 M. D. S.

Szczepionkę tę, (o ile odczyn Dicków wypadł dodatnio) wstrzykuje się podskórnie trzykrotnie w odstępach 7-dniowych w następujących dawkach.

Szczepienie	Dzieci do lat 3	Dzieci od 3 do 15 lat	Młodzież od lat 15 lub dorośli
I	0,25 c³ = 250 DS.	0,5 c³ = 500 DS.	1 c³ = 1000 DS.
II	0,5 c³ = 500 DS.	1 c³ = 1000 DS.	2 c³ = 2000 DS.
III	1,0 c³ = 1000 DS.	2 c³ = 2000 DS.	3 c³ = 3000 DS.

W 6 — 8 tygod. po ukończeniu szczepień sprawdzić należy za pomocą odczynu Dicków, czy szczepiony zyskał odporność, czy nie. Jeśli nie, zastosować jeszcze 1—2 dawek (2,000—4,000 D. S.). Po wstrzyknięciach spostrzegamy reakcję miejscową, czasem wysypkę płoniczą, szybko jednak znikającą, podniesienie temp. o 1-2^0 C. Odporność trwa do 2 lat. Choroby nerek, osłabienie, okres rekonwalescencji, po chorobach są przeciwwskazaniami do szczepień ochronnych.

Oprócz szczepionki Dicków wyrabia Państw. Zakład Higj. szczepionki według d-ra Celarka, która zawiera i toksynę płoniczą i ciała bakteryjne, wywołuje więc prócz odporności przeciwtoksycznej także przeciwbakteryjną 1 cm³ tej „szczepionki P. Z. H." zawiera 1000 miljonów paciorkowców i 1000 D.S. toksyny. Paciorkowce są zabite formaliną, zaś toksyna płonicza zmieszana z formaliną przemienia się w t. zw. anatoksynę, która posiada własności toksyn, a więc zdolność wywołania odporności, ale niema własności trujących.

Dawkowanie szczepionki P. Z. H. jest następujące:

Szczepienie	Dzieci do lat 3	Dzieci od 3 do 15 lat	Ponad 15 lat
I	0,25 cm³.	0,5 cm.³	1,0 cm.³
II	0,5 „	1,0 „	2,0 „
III	1,0 „	2,0 „	3,0 „

Szczepi się osobniki z dodatnim odczynem Dicka w odstępach 6 dniowych. Reakcja objawić się może miejscowo w postaci wysypki i podwyższenia temp. Odporność zjawia się po 4 tygodniach.

Przeciwwskazania jak wyżej.

Obydwie szczepionki wywołują odporność, nie można ich jednak stosować, gdy płonica już wybuchła.

W celach leczniczych używamy surowicy leczniczej Dachez'a - Dicków, otrzymanej przez uodpornienie koni hodowlą buljonową paciorkowców haeemolitycznych. Jednostką surowicy przeciwpłoniczej jest ilość surowicy, neutralizująca 100 dawek skórnych.

W b. ciężkich przypadkach płonicy wystarczy 2 — 10 tysięcy jednostek. Surowicę wstrzykuje się domięśniowo w początkach choroby. W komplikacjach septycznych rezultatu już niema. Po wstrzyknięciu tej surowicy po 12 — 24 h spada temp. do normy, znika wysypka i objawy toksyczne.

Przed wstrzyknięciem trzeba dowiedzieć się, czy dziecku nie wstrzykiwano już kiedyś surowicy, obawiać się bowiem należy wstrząsu anafilaktycznego.

W takich wypadkach najlepiej oddać sprawę w ręce lekarza.

Tricèdmman i Deicher radzą w danym razie wstrzyknąć 1 cm.³ surowicy przeciwpłoniczej podskórnie, a po 4 godzinach resztę domięśniowo.

Gdy dziecku nigdy nie wstrzykiwano surowicy, po pierwszej injekcji spodziewać się można w jakie 6—12 dni niegroźnej choroby posurowiczej.

Państw. Zakł. Higj. wysyła szczepionkę Dicków w pudełkach, zawierających 6 amp. 1 cm³ dla szczepień indywidualnych, a dla szczepień masowych w ampułkach po 5 cm³. Szczepionki P. Z. H. w pudełku, zawierającem 1 amp. á 5 cm³ i na zamówienie flaszki á 50 cm³.

Zapiski lecznicze.

O wartości leczniczej szczepionki doustnej „Rhéantine" Lumièrea w powikłaniach rzeżączki.

Podał
Dr. med. Edward BEMSKI (Warszawa).

Z pośród całego szeregu szczepionek gonokokowych, stosowanych od początku XX stulecia, a wprowadzonych pod wpływem nauki Wrighta, na szczególną uwagę zasługuje nowa szczepionka doustna „Rhéantine", przygotowana przez firmę Lumiérea w Lyonie.

Wszystkie dotychczasowe szczepionki gonokokowe, którym nadano rozmaite nazwy, stosowano bądź domięśniowo (najczęściej), bądź też podskórnie, bądź wreszcie dożylnie (najrzadziej. — Dopiero zasługą dwu biologów francuskich A. Lumièrea i J. Chevrotiera było wprowadzenie szczepionki gonokokowej pod postacią szczepionki doustnej.

Po dokładnem przestudjowaniu warunków i hodowli gonokoków, stwierdzili oni pewne niedokładności w powszechnie przyjętych pojęciach dotyczących tej sprawy. Wiemy że żywotność gonokoków, znajdujących się poza ustrojem, jest bardzo słaba i znika zupełnie po upływie kilku godzin. Z drugiej zaś strony dobrze znana nam jest nadzwyczajna żywotność i oporność gonokoków, znajdujących się wewnątrz ustroju. Te rozważania naprowadziły wyżej wymienionych badaczy na myśl, iż trudność, z jaką gonokoki wegetują poza ustrojem, jest raczej spowodowana wątpliwością środowisk, niż małą żywotnością samych bakteryj, stwierdzenie zaś tego faktu, iż spożycie piwa przez chorych na rzeżączkę pogarsza stan chorobowy, skłoniło ich do sporządzenia nowej pożywki dla gonokoków. Przygotowuje się ona, wegług nich, w następujucy sposób:

Do autoklawu o T. 115^0 wprowadza się roztwór 6 gr. albuminy w 1000 cm^3 brzeczki piwnej, po filtracji na gorąco wyjawia sie znów przy T. 110^0 w ciągu 10 minut, dalej dodaje się 1—5 cm^3 surowicy końskiej lub oślej na każde 15 cm^3 brzeczki, tak przygotowanej. Pożywka w ten sposób sporządzona, wybitnie sprzyja rozwojowi gonokoków i pozwala otrzymać obfite kolonje w ciągu 48 godzin po zasianiu. Otrzymane kolonje umieszcza się w cieplarkach na przeciąg 48 godzin, następnie zbiera się je, płucze w roztworze fizjologicznym i odwirowuje, aby wyodrębnić jaknajwiększą ilość egzotyksyn. Ta masa mikrobów zostaje następnie emulgowana przez ruch mechaniczny w takiej zawartości wody, że każdy cm^3 zawiera około 10 miljardów bakteryj.

Po godzinnem ogrzewaniu w T. 50^0 przechodzi się następnie do osuszania przez sproszkowanie metodą szybkiego osuszania w zimie i otrzymuje się proszek szczepionkowy, zupełnie pozbawiony wody, który zawiera około 600 miljonów bakteryj w 1 mg.. Ostatnim etapem w przygotowaniu szczepionki doustnej jest podział całej masy na pigułki, które zostają otoczone powłoką keratynową, zabezpieczającą szczepionkę od działania soku żołądkowego.

Preparat „Rhéantine" zawiera oko-

ło 3 miljardów bakteryj w każdej pigułce; pochodzą one z 24 różnych szczepów, co czyni tę szczepionkę wielowartościową.

Skuteczność szczepionek doustnych wogóle została sprawdzona ostatnio przez wielu badaczy, jak Besredkę, Courmont et Rochaix, Nicolle et Conseil i innych, i nie pozostawia do dnia dzisiejszego żadnych wątpliwości, a zalety szczepionek doustnych dały się wyraźnie stwierdzić przy dokonywaniu masowych szczepień podczas wojny światowej w armjach francuskiej i rumuńskiej.

Szczepionka gonokokowa „Rhéantine” jest stosowana od szeregu miesięcy na oddz. chorób skórno-wener. D-ra Wacława Sterlinga, wyłącznie w powikłaniach rzeżączki, zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn, w sposób, zalecany przez autorów, mianowicie: 4 pigułki dziennie, 2 rano i 2 wieczorem, na godzinę przed jedzeniem codziennie, aż do osiągnięcia zamierzonego celu. Dzięki powłoce keratynowej, której sok żołądkowy nie jest w stanie strawić, zostaje ona strawiona dopiero przez sok jelitowy i wchłonięta przez jelita, tembardziej, że już w czasie przygotowania szczepionki bakterje zostały uwolnione od egzotyksyn.

Szczepionka nie wywołuje żadnej reakcji, ani ogólnej, ani miejscowej, w postaci podniesienia temperatury lub nietolerancji ze strony żołądka i jelit it.d.

Wszystkich wypadków spostrzegliśmy 47. Dotyczyły one różnych powikłań rzeżączki, zarówno u kobiet jak i u mężczyzn. Co się tyczy wyników leczniczych, które mieliśmy przy stosowaniu „Rhéantine“, to nie są one naogół gorsze od wyników, otrzymywanych przy stosowaniu szczepionek poza jelitowych, jak: neo-dmegonu, arthigonu, gonarginy, gonowakcyny i t. p., a jeśli wziąć pod uwagę ten czynnik, że szczepionka doustna daje się łatwo stosować, nie wywołuje żadnych bólów, ani podniesienia ciepłoty i t. p., to rzec można, że w „Rhéantine” Lumièra bakterjoterapja zyskała bardzo cenny środek leczniczy.

(Warszawskie Czasopismo Lekarskie № 11).

Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. Tad. Hilarowicz. **Zarys polskiego prawa sanitarnego.** *Nakładem „Lekarza Polskiego“. Cena zł. 5.*

Znany specjalista prawa administracyjnego, a zarazem jedyny prawnik w zakresie prawa sanitarnego prof. Wolnej Wszechnicy Polskiej dr. Tadeusz Hilarowicz, niestrudzony pracownik, autor monografji o Najwyższym Trybunale Administracyjnym wydał świeżo „Zarys polskiago prawa sanitarnego“. Praca ta zapowiadana była już oddawna w wydawnictwie Hoesicka p. n. „Teksty ustaw“, wyszła zaś pod egidą „Lekarza Polskiego“ Prawo sanitarne, jak wiele jeszcze dziedzin, jest u nas dopiero w stadjum organizacyjnem. Brak dotąd wielu ustaw zasadniczych. Tem też tłomaczy się szczupłość dzieła, które w innych państwach składa się zwykle z kilku tomów. Dobrze się jednak stało, że autor nie czekał na wydanie dalszych ustaw i dał publiczności, interesującej się sprawami sanitarnemi, obraz tego, co dziś już obowiązuje. Oczywiście w dziele tem znajduje się również ustawa felczerska, wraz z rozporządzeniem wykonawczem do niej.

W wydawnictwie podobnem pragnęlibyśmy widzieć jednak współpracę lekarza z prawnikiem. Inne dziedziny prawa są bardziej samodzielne i wyłącznie prawnik

ich jest gospodarzem. W prawie administracyjnem, a tembardziej w prawie sanitarnem prawnik spełnia tylko rolę redaktora zewnętrznego; treść zaś dzieła układa kto inny — lekarz. Dlatego i zarys polskiego prawa sanitarnego zyskałby może na żywości, gdyby lekarz był jego współautorem.

Włodzimierz Szczepański. **Wskazówki dla obradujących.** *Nakładem Warszawskiej Rady Okręgowej Centralnej Organizacji Związków Zawodowych Pracowików Umysłowych. Skład Główny: Księgarnia Robotnicza, Warszawa, Warecka 9.*

Książka ta zawiera rozdziały: Organizacja zebrania. Rola przewodniczącego. Referat i wnioski. Przemówienia. Sprawy formalne. Głosowanie nad wnioskami. Wybory. Środki dyscyplinarne. Uprawnienia opozycji. Stosunek ogólnych zebrań do zarządów.

Jedyne dzieło traktujące o sztuce obradowania Marjana Lutosławskiego wyszło prred dwudziestu laty, brak go więc zupełnie na rynku księgarskim. P. Szczepański uwzględniając już nowe formy współżycia zbiorowego, opracował zwięzły i przejrzysty podręcznik, oparty przeważnie na doświadczeniu. Jeżeli przyjrzymy się życiu naszych związków, prowadzeniu ogólnych zebrań, to wprost włosy staną na głowie, taka panuje dowolność w interpretacji zasad obradowania, dowolność, która sprowadza się zwykle do teroryzowania słabszego przez silniejszego. Dlatego palącą było potrzebą wydanie takiego podręcznika; wymagało tego wprost zdrowie naszego życia społecznego. Podręcznik ten polecić można wszystkim związkom, niezbędny jest on dla każdego obywatela należącego do jakiejkolwiek organizacji społecznej.

RUCH ZWIĄZKOWY.

Oddział lubelski.

Dnia 9 stycznia r. b. odbyło się ogólne zebranie członków oddziału Lubelskiego przy udziale przedstawicieli Zarządu Głównego kol. kol. Salamona i Galuby.

Słowo wstępne wygłosił kol. Jakimiński. Oddał hołd zmarłym kolegom, przywitał przedstawicieli Zarz. Głównego oraz podkreślił moment w jakim felczerzy się zbierają na swe ogólne zebranie, moment, którego znaczenie dla felczerów można określić hasłem — „czuwaj". Pod tym hasłem mamy obradować.

Sprawozdanie Zarządu Oddziału odczytano. W roku sprawozdawczym Zarząd Oddziału rozwijał działalność w kierunku obrony praw felczerskich w Kasie Chorych, w szpitalach, interwenjował w sprawach felczerskich, w sprawach podatkowych i t. p. Narzekano na ospałość niektórych członków, przyczem postanowiono piętnować wszystkich tych, którzy nie wypełniają swych obowiązków względem organizacji zawodowej.

Po przyjęciu sprawozdania wyrażono podziękowanie dla Zarządu Oddziału, przyczem w dowód uznania za włożoną pracę obrano kol. Jakimińskiego na członka honorowego. To wyróżnienie kol. Jakimińskiego zostało przyjęte przez wszystkich członków z entuzjazmem.

Wybrani zostali do nowego Zarządu kol. kol. Jakimiński (prezes), Winc. Czaplicki (wiceprezes), Józef Księżycki (skarbnik), Mizerski (sekretarz), oraz Chrząstowski, Pomorski, Kifner, Kornblit (członkowie).

Sprawozdanie z oddziału Lubelskiego może jest suche, zbyt trudno wyrazić na papierze, to co się w Lublinie widziało — jaki tam jest zapał dla organizacji zawodowej. Duża tam jest zasługa kol. Jakimińskiego, który umiał ten zapał wśród członków rozniecić, ale też zupełnie inni ludzie gromadzą się w zw. lubelskim. Rozumieją groźne położenie zawodu felczerskiego, nie tracą czasu na wzajemne spory, lecz cały wysiłek skierowują w jedne łożysko. Mimowoli cisną się myśli do głowy — gdyby tak wszędzie było, to może i sprawa felczerska nie wyglądała tak smutnie.

Oddział Radomski.

Dnia 9 stycznia 1927 r. odbyło się ogólne zebranie członków Oddziału. Zebranie zagaił kol. prezes Wolski. Przewodniczył zebraniu kol. J. Kotowski, na asesorów wybrano kol. kol. E. Frajdasa i J. Pudzianowskiego, na sekretarza kol. St. Finkelsteina.

Sprawozdanie kasowe odczytał kol. St. Lewin. Sprawozdanie z działalności Zarządu odczytał kol. Finkelstein. Ze sprawozdania tego członkowie dowiedzieli się jak ożywioną działalność przejawiał Zarząd Oddziału w roku ub. Dowiedzieli się jak zarząd zwalczał pseudo-felczerów, jak interwenjował w wojew. Urzędzie Zdrowia, jak interwenjował w tut. Kasie Chorych. Jedyną plamą na jasnem słońcu działalności Związku, — to ospałość i bierność wśród niektórych członków zawodu felczerskiego, widocznie dla niektórych felczerów ziemi Radomskiej zbyt mało jeszcze ciosów dotkęło zawód felczerski. Oby zrozumieli swój błąd, ale by nie nastąpiło to zbyt późno.

Do Zarządu zostali wybrani kol. kol.: E. Frajdas (prezes), L. Purski (wice-prezes), M. Sztec (sekretarz), A. Lewin (skarbnik), A. Finkelstein, W. Wolski, H. Grinstein (członkowie).

Roczny zjazd delegatów Centralnego Związku.

W dn. 27 lutego r. b. odbędzie się doroczny zjazd delegatów Oddziałów Gentralnego Związku Felczerów Rz. Polskiej. Porządek dzienny zjazdu przewiduje się następujący:

1) Zagajenie.
2) Odczytanie protokułu z poprzedniego zjadu.
3) Referat na temat „Zawód felczerski w świetle przepisów prawnych.
4) Referat na temat „Aktualne bolączki zawodowe".
5) Sprawozdanie Zarządu Głównego.
6) Sprawozdanie kasowe.
7) Sprawozdanie Komisji Rewizyjnej.
8) Budżet.
9) Zmiana statutu.
10) Wnioski Zarządu Głównego.
11) Wnioski delegatów.

Regulujcie zaległości za prenumeratę, gdyż wysyłkę pisma wstrzymamy.

Wpłacajcie prenumeratę na kwartał I 1927 r.

Wydawnictwa nadesłane.

„Życie Urzędnicze"—dwutygodnik, organ Zarządu Głównego Stowarzyszenia Urzędników Państwowych. Redaktor: *Włodzimierz Szczepański.*

„Kronika Dentystyczna" — organ poświęcony wszystkim gałęziom dentystyki, chorobom jamy ustnej oraz sprawom zawodowym. Redaktor i wydawca: Lekarz-dentysta *M. Krakowski.*

„Kolejarz" — Organ Związku Kolejarzy Zjednoczenia Zawodowego Polskiego Redaktor odpowiedzialny *Jan Wasikowski.*

„Wiadomości Farmaceutyczne" — oficjalny organ Polskiego Powszechnego Towarzyystwa Farmaceutycznego Redaktor Mr. Farm. *Fr. Herod.*

„Pracownik Samorządowy" — dwutygodnik pracowników samorządu miejskiego, powiatowego i wiejskiego. Wydaje Rada Naczelna Związków Pracowników Samorządowych, pod redakcją Czesława Rokickiego.

„Warszawskie Czasopismo Lekarskie" — miesięcznik, Redaktor *Zygmunt Srebrny.*

„Lekarz Wojskowy" — organ oficerów korpusu sanitarnego sł. czynnej i rezerwy Redaktor *W. Osmólski.*

„Lekarz Polski" — miesięcznik Redaktor *J. Bujalski.*

„Kronika Farmaceutyczna" — organ oficjalny Związku Zawodowego Pracowników Rz. P. Redaktor odpowiedzialny *Adam Pęszyński.*

Wydawca: Zarząd Główny C. Z. F. R. P. — Warszawa. Redaktor: Aleksander Krawczyk.